

Utveckling av förlossningsvården – kartläggning och analys

Slutrapport november 2022

Denna publikation skyddas av upphovsrättslagen. Vid citat ska källan uppges. För att återge bilder, fotografier och illustrationer krävs upphovsmannens tillstånd.

Publikationen finns som pdf på Socialstyrelsens webbplats. Publikationen kan också tas fram i alternativt format på begäran. Frågor om alternativa format skickas till alternativaformat@socialstyrelsen.se

Artikelnummer 2022-11-8245

Publicerad www.socialstyrelsen.se, november 2022

Förord

Socialstyrelsen har regeringens uppdrag (S2022/01058) att genomföra insatser för en förbättrad förlossningsvård och för kvinnors hälsa. Denna rapport beskriver resultatet av uppdragets första del; att kartlägga och analysera hur förlossningsvården kan utvecklas för att stödja en mer patientnära, trygg och säker vård i förlossningssituationen, med inriktning på bemanningen. Uppdraget ska slutredovisas senast 25 november 2022.

Rapporten riktar sig till regeringen, landets förlossningskliniker och nationella aktörer inom förlossningsvården.

Ansvarig enhetschef på Socialstyrelsen har varit Anders Berg och projektledare har varit Anne Snis. I projektgruppen har även utredarna Inga-Maj Andersson och Karin Källén ingått.

Generaldirektör
Olivia Wigzell

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning	7
Utmaningar	7
Patientsäkerhet och trygghet	7
Möjligheter på regional och lokal nivå.....	8
Bakgrund.....	10
Om uppdraget	10
Utmaningar i uppdraget	10
Genomförande	13
Nulägesbeskrivning	15
Barnmorskor finns i flera verksamheter.....	15
Beskrivning av förlossningsvården i Sverige	15
Medicinskt utfall.....	18
Patientsäkerhet	31
Resultat från kartläggningen	34
En kvinna i aktiv förlossning per barnmorska	34
Teamarbete	37
Koordinator	38
Lågrisenheter	40
Bemanning och rapporterad personalbrist	41
Goda exempel från intervjuer och workshop	46
Avslutande diskussion	49
En verksamhet i förändring	49
Rätt kompetens viktigt för patientsäkerheten.....	50
En närvarande barnmorska	51
Förstärkt team-arbete	51
Utveckla koordinatorsrollen	52
Erbjudande om rotation	52
Karriärvägar för att behålla barnmorskor i förlossningsvården	53
Referenser.....	54
Bilaga 1. Enkät till verksamhetschefer vid förlossningskliniker	57
Bilaga 2. Beskrivning av metod och variabler.....	78
Bilaga 3. Antal förlossningar per sjukhus, dag och timme, 2020	79
Bilaga 4. Rapporterad personalbrist	84

Sammanfattning

Socialstyrelsen har fått i uppdrag, S2022/10508, av regeringen att kartlägga och analysera hur förlossningsvården kan utvecklas för att stödja en mer patientnära, trygg och säker vård i förlossningssituationen, med inriktning på bemanningen. Till grund för denna rapport ligger svar från en enkät till samtliga förlossningskliniker, intervjuer och en workshop samt analys av svenska registerdata.

Utmaningar

Förlossningsverksamheten är en verksamhet i förändring. Vårdtyngden har ökat som följd av att allt fler gravida och födande är äldre, har högt BMI eller andra riskfaktorer som kan leda till komplikationer under graviditet och förlossning. En ökad andel induktioner bidrar också till en högre belastning på förlossningsavdelningarna. Den ökade vårdtyngden kan bidra till en stressig arbetsmiljö och det kan i sin tur få till följd att personal lämnar förlossningsvården. Behovet av erfarna barnmorskor är särskilt viktigt eftersom det krävs en hög kompetens för att hantera både normala och komplicerade förlossningar.

Samtliga regioner har enligt Nationella planeringsstödet rapport 2022 rapporterat en brist på barnmorskor. Enligt Socialstyrelsens enkätundersökning inom ramen för detta uppdrag, är bristen på barnmorskor störst på de stora sjukhusen, medan de små sjukhusen i norra regionen främst har brist på förlossningsläkare. Från denna enkätundersökning har det inte gått att få fram tillförlitliga siffror över hur många barnmorskor som arbetar inom förlossningsvården. Det är därför svårt att säkert uttala sig om det generellt behövs fler barnmorskor eller fler barnmorskor specifikt till förlossningsvården. Alternativt om andra arbetssätt och en förändrad organisation skulle förbättra arbetsmiljön och bemanningssituationen inom förlossningsvården.

Arbetstagarnas värderingar kring arbete och fritid har också förändrats genom åren och det gäller även hälso- och sjukvårdspersonal som strävar efter balans mellan arbetstid och fritid. Det kan vara ett skäl till att barnmorskor är mindre benägna att arbeta inom förlossningsvården som är en akutverksamhet som behöver vara bemannad dygnet runt årets alla dagar.

En ökad medvetenhet hos blivande föräldrar har påverkat deras förväntningar och krav på förlossningsvården. Upplevelse av delaktighet och trygghet är viktiga faktorer för att den totala förlossningsupplevelsen ska bli positiv.

Patientsäkerhet och trygghet

Svensk förlossningsvård håller, trots ovan beskrivna utmaningar, en hög kvalitet i en internationell jämförelse. Analyser baserade på det svenska Medicinska födeleregistret tyder inte på att det skett någon försämring av förlossningsutfallet under de senaste fem åren. Tvärtom har andelen svåra

förlossningsbristningar minskat, och det finns också en tendens till sjunkande risk för dödföddhet eller död under första levnadsveckan.

Socialstyrelsen anser att målsättningen ”en kvinna i aktiv förlossning per barnmorska” är rimlig, och flera förlossningskliniker menar också att de kan uppfylla målet, åtminstone för det mesta. Av cirka 50 000 kvinnor som svarade på Graviditetsenkäten åtta veckor efter förlossningen, tyckte de flesta att barnmorskan hade varit närvarande i förlossningsrummet i den utsträckning som de önskade. De flesta var också nöjda med sin upplevelse av förlossningen, det genomsnittliga omdömet var 7,5 på en 10-gradig skala. Eftervården fick dock sämre betyg.

Möjligheter på regional och lokal nivå

Det finns flera goda exempel på arbetssätt och andra insatser som kan ge en mer patientnära, trygg och säker vård samtidigt som arbetsmiljön kan förbättras. De kan behöva anpassas till förhållandena på aktuell klinik. Förlossningsvården ser olika ut i landet vad gäller förutsättningar och resurser. Några goda exempel att lyfta är:

- niopunktsprogrammet, ett sammanhållet förändringsprogram, som bland annat innehåller
 - en utvecklad koordinatorsroll
 - lärande ronder
 - utbildningstillfällen och teamträning av akuta situationer
- time-out vid behov – teamet samlas och en plan upprättas
- introduktion och mentorskap för nyutexaminerad personal
- erbjuda rotationstjänstgöring för de barnmorskor som önskar
- kombinationstjänster och karriärmöjligheter för barnmorskor.

Det finns utvecklingsmöjligheter inom svensk förlossningsvård bland annat genom insatslistan ovan. Grunden till att lyckas med denna utmaning är att se över förlossningsvårdens organisation och att på strukturell ledningsnivå arbeta för att förändra verksamheten så att den blir bättre rustad och anpassad till förlossningsvårdens nuvarande situation. Som vid allt förändringsarbete är ledningens stöd och engagemang avgörande och det är viktigt att ledningen lägger tid och kraft både på att införa och att vidmakthålla förändringen.

Koordinatorsrollen på förlossningsavdelningen är viktig och bidrar till att skapa trygghet i personalens arbetssituation och även i förlossningssituationen för den födande. Ledningen behöver därför aktivt arbeta för att seniora barnmorskor stannar kvar inom förlossningsvården, för att de är bäst lämpade för koordinatorsrollen och för att stödja och handleda ny personal.

Kommunikation och samarbete på förlossningsavdelningen behöver utvecklas för att få ett välfungerande multiprofessionellt teamarbete. Var och en som ingår i teamet har olika kompetens, erfarenhet och ansvar som tillsammans stärker vårdens kvalitet. Det är därför viktigt att alla i det multiprofessionella teamet visar respekt för varandras professioner. Först då blir förlossningssituationen mer patientnära, trygg och säker.

Vid flera förlossningsavdelningar bedrivs poliklinisk vård på bekostnad av vårdplatser och resurser. En översyn behöver göras för att se vilka medicinska åtgärder och vilken typ av vård som skulle kunna bedrivas i annan verksamhet. I denna översyn behöver det ökande antalet inductioner ingå i syfte att finna hur och var de lämpligast kan vårdas vid uppstart av inductionen. Det skulle ge en mer renodlad förlossningsvård med minskad stress i arbetsmiljön och ökade resurser och trygghet till de födande.

Bakgrund

Om uppdraget

I regeringsuppdraget S2022/10508, del 1¹, uppdras Socialstyrelsen att kartlägga och analysera hur förlossningsvården kan utvecklas för att stödja en mer patientnära, trygg och säker vård i förlossningssituationen, med inriktning på bemanningen. Synpunkter ska inhämtas från regioner, SKR och relevanta professionsorganisationer. Samverkan ska ske med uppdraget om kompetensförsörjning av barnmorskor i förlossningsvården (S2022/00902).

Mer kunskap behövs om hur förlossningsvården bör organiseras och bemannas för att skapa en positiv förlossningsupplevelse för kvinnan. I uppdraget ingår att kartlägga och analysera förutsättningarna för olika arbetssätt som finns för att säkerställa en trygg och säker vård i förlossningssituationen, t ex förstärkt teamarbete eller arbetssätt med en kvinna i aktiv förlossning per barnmorska. Särskilt poängteras analysen av förutsättningarna för att en kvinna i aktiv förlossning har en dedikerad barnmorska, för att öka patientsäkerheten för mor och barn.

I uppdragsbeskrivningen föreslås mer specifikt att Socialstyrelsen ska

- kartlägga arbetssätt i några strategiskt utvalda regioner,
- redovisa goda exempel där bemanningen fungerar och
- redogöra för hur regionerna ser på för- och nackdelar med olika arbetssätt och inriktningar på bemanningen.

I ett tilläggsuppdrag uppdras Socialstyrelsen att även kartlägga och analysera bemanningen under semesterperioder, samt även här ge goda exempel.

En delredovisning gjordes 9 juni 2022. Uppdraget ska slutredovisas 25 november 2022.

Utmaningar i uppdraget

Många aspekter att beakta

Förlossningsvården är ett prioriterat område. Regeringen har sedan 2015 satsat 8,5 miljarder till förbättringar av förlossningsvården och kvinnors hälsa. Flera insatser pågår för att förbättra situationen i regionerna, på Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) och nationellt [1].

Trots denna stora satsning så har under år 2021 ett stort antal barnmorskor sagt upp sig med hänvisning till att deras arbetssituation anses som ohållbar och att patientsäkerheten därmed riskeras. Även om antalet barnmorskor har ökat i absoluta tal i hälso- och sjukvården de senaste åren har inte antalet barnmorskor i förlossningsvården ökat i samma takt. Det pågår också en stor

¹ Uppdraget har tre delar. Denna rapport behandlar del 1. Del 2 handlar om att förbereda och stödja implementering av nationella riktlinjer och kunskapsstöd för förlossningsvården. Del 3 gäller att identifiera strategiska hälsofrämjande och förebyggande insatser för kvinnor i ett livslångt perspektiv.

generationsväxling när det gäller barnmorskor. 2019 var cirka 26 procent av barnmorskorna 60 år eller äldre [2].

Det är en utmaning att finna lösningar som kan skapa en god arbetsmiljö så att barnmorskor stannar kvar inom förlossningsvården. Samtidigt som den medicinska säkerheten måste bibehålls behöver upplevelsen av trygghet och delaktighet hos de födande stärkas.

Olika tolkning av viktiga begrepp

I uppdraget till Socialstyrelsen står att förutsättningar av olika arbetssätt ska kartläggas, till exempel förstärkt teamarbete eller en kvinna i aktiv förlossning per barnmorska.

En kvinna i aktiv förlossning per barnmorska

I juni 2021 beslutade SFOG och SBF² gemensamt att anta en nationell definition av vad som innebär aktiv fas vid spontan förlossning: ”Regelbundna, smärtsamma sammandragningar i kombination med att modermunnen är öppen minst 5 cm” [3]. Socialstyrelsen har i arbetet med denna rapport använt den definition som SFOG och SBF antagit. Även med denna definition som utgångspunkt finns det en variation av tolkningen av vad ”en kvinna i aktiv förlossning per barnmorska” innebär, exempelvis kan en kvinna ha behov av stöd innan hon är öppen fem centimeter.

Förstärkt teamarbete

Vid samtliga förlossningsavdelningar förekommer teamarbete. Vilka som ingår i teamet, hur teamet samarbetar och vilket mandat varje teammedlem har skiljer sig åt. Vanligen avses att obstetriker, barnmorska och undersköterska ingår i ett team runt den födande kvinnan men det är inte alltid samma team som arbetar kring flera kvinnor utan barnmorskan följer kvinnan medan läkaren och undersköterskan kan arbeta i team med andra barnmorskor samtidigt.

Vårdmodeller i Sverige

Den traditionella vårdmodellen i Sverige innebär att den gravida är inskriven i mödrahälsovården och träffar samma barnmorska under cirka åtta tillfällen under graviditeten. Mödrahälsovård bedrivs fristående från förlossningsvården och kan vara organiserad under kvinnokliniken, primärvården eller privat. Vanligtvis bemannas förlossningsavdelningen av andra barnmorskor än de som arbetar inom mödrahälsovården. Vårdtiden på sjukhuset efter förlossningen är kort, i genomsnitt två dygn för förstföderskor efter vaginal förlossning. Vårdtiden efter kejsarsnitt är cirka ett dygn längre. Omföderskor har kortare vårdtid [4].

Alternativa vårdformer med så kallad barnmorskekontinuitet saknas i större skala i Sverige. De har hittills bedrivits integrerat i sjukhus eller i projektform.

Vid Södersjukhuset bedrevs 1989 till 2016 en ABC-klinik (Alternative Birth Center) med mödrahälsovård, förlossning och eftervård i samma lokaler. Vården vände sig till friska kvinnor med förväntad normal förlossning [5]. Projektet ”Barnmorska hela vägen” genomfördes 2017–2019 i Sollefteå,

² SFOG: Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi. SBF: Svenska Barnmorskeförbundet.

och innebar att barnmorskorna ansvarade för mödrahälsovården, var i beredskap för förlossning och ansvarade för eftervården [6].

Karolinska Universitetssjukhuset startade 2018 projektet ”Min barnmorska” som innebär att ett team av barnmorskor delar ansvar för en patientgrupp. Den gravida har en primär barnmorska som är ansvarig för den födandens vård före, under och efter födseln. I november 2021 beslutade hälso- och sjukvårdsförvaltningen att förlänga projektet under 2022 [7].

I Region Skåne och i Västra Götalandsregionen pågår nystartade projekt med barnmorskekontinuitet för födande med särskilda behov, exempelvis för dem med språkliga eller kulturella barriärer.

Olika syn på vårdmodeller

Synen på barnmorskekontinuitet och vårdmodeller skiljer sig åt mellan förespråkare för caseload midwifery³ och professioner som är verksamma inom mödrahälsovården. SBF beskriver i ett policydokument caseload midwifery och tar tydligt ställning för en utveckling av alternativa vårdmodeller i Sverige [8].

Samordningsbarnmorskor inom mödrahälsovården (MHV) och mödrahälsovårdsöverläkare är tveksamma till att ändra den traditionella svenska vårdmodellen. I en skrivelse till bland annat Svenska barnmorskeförbundet som Socialstyrelsen har tagit del av, uttrycker de tveksamhet till att ändra vårdmodell innan en gedigen risk- och konsekvensanalys är genomförd. De menar vidare att den svenska mödrahälsovården är välfungerande och bedriver ett brett hälsoförebyggande arbete. Barnmorskor inom MHV besitter hög kompetens och en förändrad vårdmodell skulle enligt samordningsbarnmorskorna riskera att försämra och utarma denna kompetens och i förlängningen drabba kvinnors hälsa.

HTA-analys barnmorskekontinuitet

Kvinnoklinikerna i Västra Götalandsregionen och Region Skåne har gjort en HTA-analys, genomgång av vetenskaplig litteratur, för att belysa vilken nytta och vilka risker som finns för gravida och deras barn om samma barnmorske-team, s.k. caseload midwifery, sköter hela vårdkedjan under graviditet, förlossning och eftervård [9].

Analysen visar att det förefaller vara liten eller ingen skillnad mellan caseload midwifery och den traditionella modellen avseende perinatal mortalitet och neonatal sjuklighet. Vårdformen kan enligt HTA-analysen minska förekomsten av kejsarsnitt men det är osäkert om resultat från internationella studier är överförbara till svensk mödrahälsovård och förlossning. Risken för prematuritet, liksom om förlossningen avslutas instrumentellt, dvs. med sugklocka, påverkas sannolikt inte. Vårdmodellen är enligt HTA-analysen kostnadskrävande och kontinuitetsvinster behöver vägas mot nackdelar beträffande kompetens, jämlik vård, resurser, kostnadseffektivitet och arbetsmiljö.

Enligt HTA-analysen behöver mer forskning kring vårdformen inom svensk sjukvård göras för att få evidens som talar för att den skulle införas mer generellt i Sverige [9].

³ Vårdformer med barnmorskekontinuitet benämns internationellt som *Caseload midwifery*

Genomförande

Vid genomförandet av uppdraget har analyser byggts vidare på Socialstyrelsens tidigare publicerade rapporter, framför allt:

- *Vård efter förlossning. En nationell kartläggning av vården till kvinnor efter förlossning* (2017) [10].
- *Kompetensförsörjning och patientsäkerhet* (2018) [11].
- *Agera för säker vård – nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020 – 2024* (2020) [12].
- *Graviditet, förlossning och tiden efter – nationellt kunskapsstöd för kontinuitet i vårdkedjan och vård på rätt nivå* (remissversion 2022) [13].

Samordning har också skett med pågående uppdrag inom myndigheten att utarbeta Nationella riktlinjer för förlossningsvården och uppdraget som givits till Nationella Vårdkompetensrådet om kompetensförsörjning av barnmorskor. Samverkan har också skett med Nationellt programområde kvinnosjukdomar och förlossning och synpunkter har inhämtats från Sveriges Kommuner och Regioner och Svenska barnmorskeförbundet.

En enkät till alla förlossningskliniker

Som ett led i kartläggningen skickade Socialstyrelsen en enkät till verksamhetscheferna för landets samtliga 42 förlossningskliniker. Enkäten innehöll frågor om antalet barnmorskor som arbetar inom förlossningsvården, hur landets förlossningskliniker är organiserade, vilka bemannings principer och arbetssätt de använder samt hur man ser på för- och nackdelar med olika arbetssätt. Flertalet av de områden som IVO menar är viktiga för patientsäkerheten omfattades av enkäten. Några frågor var också inkluderade för att ge information till genomförandet av uppdraget om kompetensförsörjning av barnmorskor i förlossningsvården. Enkätfrågorna i sin helhet återfinns i bilaga 1. Svarefrekvensen var 100 procent.

Intervjuer

För att få mer fylliga svar och mer kunskap om goda exempel kompletterades enkäten med intervjuer. Totalt genomfördes 15 intervjuer med verksamhetschefer, barnmorskor och obstetriker från ett antal utvalda förlossningskliniker. Respondenterna nominerades av NPO kvinnosjukdomar och förlossning och utgör en blandning av storstads- och glesbygdskliniker. Intervjuer gjordes även med representanter för SKR och SBF⁴.

Workshop

Initialt planerades två fokusgrupper med barnmorskor och obstetriker från förlossningsvården respektive barnmorskor från mödrahälsovården och mödrahälsovårdsläkare. Under arbetets gång valde myndigheten i stället att bara fokusera på förlossningsvården eftersom förlossningssituationen var i fokus i uppdraget. I augusti genomfördes således en workshop med deltagare från sju olika förlossningskliniker. På workshopen diskuterades arbetssätt och

⁴ Sveriges Kommuner och Regioner, Svenska Barnmorskeförbundet.

goda exempel som kan tillämpas på flertalet förlossningskliniker. Även förslag på insatser som kan förbättra situationen inom förlossningsvården vad gäller bemanning, specifikt även under semesterperioden, patientsäkerhet och -trygghet diskuterades.

Registeranalyser

Registeranalyser genomfördes baserade på data från Socialstyrelsens Medicinska Födelseregister för åren 2016–2020. Analysen gällde bland annat hur förlossningsutfallet varierar över tid och sjukhus vilket presenteras i ett antal grafer i denna rapport. Data från graviditetsregistret (2016 – 2021) användes för att estimeras tidsåtgång mellan inskrivning vid förlossningsklinik och förlossning beroende på kvinnans karaktäristika.

Socialstyrelsen undersökte även om utfallen korrelerar till svaren från enkäten angående rapporterad personalbrist. De utfall som studeras är akuta kejsarsnitt, svåra bristningar, låg Apgarpoäng⁵ och perinatalt döda barn.

Patientsäkerhet inom förlossningsvården

En översiktlig genomgång av Lex Maria-ärenden 2019 – april 2022 genomfördes i syfte att dokumentera typ, antal och spridning av allvarliga händelser samt orsak till händelserna.

För att få en orientering av kunskapsläget rörande patientsäkerhet utgick Socialstyrelsen från en tidigare genomförd litteraturgenomgång avseende betydelsen av yrkeskompetens och bemanning [11].

Kostnadsberäkning

Inom ramen för detta uppdrag har det varit svårt att få en uppfattning om antal barnmorskor som arbetar inom förlossningsvården och hur stort antal som saknas. Därför har inte någon hälsoekonomisk analys utförts av arbetssättet ”en kvinna i aktiv förlossning per barnmorska”. En beräkning gjordes dock av hur många barnmorskor som behövs för att möjliggöra arbetssättet.

⁵ Apgar är en bedömning av hur barnet mår vid en, fem och tio minuters ålder. Fem parametrar ingår som vardera ger noll till två poäng, sk Apgarpoäng. Dessa parametrar är hjärtfrekvens, andning, hudfärg, muskeltonus och retbarhet. Ju högre poäng som barnet får desto bättre mår det, sammantaget kan barnet få tio poäng vid varje bedömningstillfälle.

Nulägesbeskrivning

Barnmorskor finns i flera verksamheter

Barnmorskor kan arbeta inom olika verksamheter i Sverige, inte enbart förlossningsvård. Mödrahälsovården, som är uppbyggd sedan 1950-talet, får anses vara välfungerande med tanke på den låga mödra- och barnadödligheten i Sverige. Under graviditeten står barnmorskan för kontinuitet och bidrar därmed till en patientnära, trygg och säker vård för den gravida.

Inom abortvården arbetar barnmorskor som har kunskap om abortvård såväl som preventivmedelsrådgivning. Den svenska abortvården förändrades i samband med att medicinsk abort infördes som abortmetod i Sverige på 1990-talet. Tidigare var kirurgisk abort den vanligaste metoden som innebar att aborten utfördes på sjukhus av läkare vilket kunde medföra långa väntetider för den abortsökande från beslutet om abort tills att den var genomförd. Med införandet av den medicinska metoden kunde barnmorskor självständigt handlägga medicinska aborter och väntetiden till abort kunde därmed förkortas. En läkare är alltid medicinskt ansvarig vid aborter.

Beskrivning av förlossningsvården i Sverige

Antal och storlek på förlossningskliniker i Sverige

I Sverige föds ungefär 110 000 – 120 000 barn varje år vid landets 42 förlossningskliniker [4]. Klinikerna varierar i antal förlossningar, bemanning och hur förlossningsvården är organiserad. De största förlossningsklinikerna finns i storstadsregionerna där Sahlgrenska är det sjukhus som har flest förlossningar per år, cirka 10 000. Vid de sjukhus som har lägst antal förlossningar, Lycksele, Gällivare och Visby, föds årligen runt 400 barn. För mer detaljerad statistik, se tabell 1 som visar antalen förlossningar vid de svenska förlossningsklinikerna 2016 – 2020.

Planerade hemförlossningar förekommer men det saknas statistik över hur många och inom vilka regioner de förekommer. Idag finns en klinik, Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge, som har hemförlossningar knutna till klinikens barnmorskor. Vid övriga planerade hemförlossningar i landet bistår barnmorskor som bedriver verksamheten i privat regi.

Skillnader i födelsetal mellan årets första tio månader är små men under november och december föds det färre barn än under årets övriga månader. En svag topp kan noteras i maj månad under åren 2018 – 2020 (figur 1). Eventuell personalbrist under sommarmånaderna beror således inte på att det föds fler barn under sommaren.

Tabell 1. Antal förlossningar vid de svenska förlossningsklinikerna 2016 – 2020.

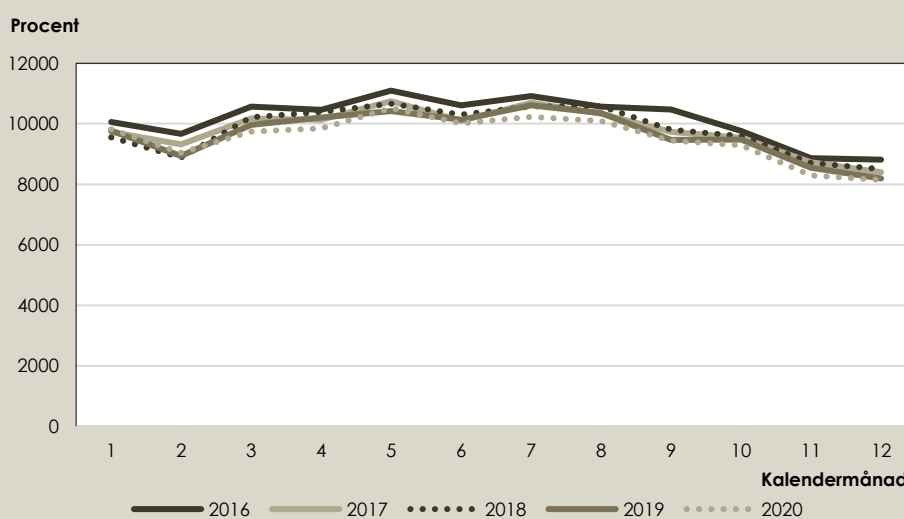
Förlossningssjukhus	Förlossningsår					Totalt 2016– 2020
	2016	2017	2018	2019	2020	
okänt	159	124	147	117	154	701
Södersjukhuset	7 164	7 900	7 667	7 830	7 585	38 146
Karolinska	3 971	3 973	8 139	7 526	7 837	31 446
Huddinge	4 383	4 158	2			8 543
Danderyd	6 714	6 460	6 657	6 728	6 349	32 908
BB Stockholm	4 035	3 971	3 904	3 984	4 182	20 076
BB Sophia	1 369					1 369
Södertälje	1 810	2 166	2 304	2 251	2 403	10 934
Akademiska sjukhuset, Uppsala	4 273	4 171	4 234	4 297	4 160	21 135
Eskilstuna	2 218	2 186	2 137	2 025	1 953	10 519
Nyköping	1 038	1 023	973	918	933	4 885
Västerås	3 080	3 093	3 016	2 993	2 844	15 026
Falun	3 306	3 225	3 165	3 089	2 992	15 777
Gävle	1 948	1 891	1 952	1 810	1 645	9 246
Bollnäs-Hudiksvalls Sjukhus	1 096	1 026	1 085	978	1 008	5 193
Linköping	2 863	2 688	2 759	2 798	2 657	13 765
Norrköping	2 439	2 294	2 263	2 253	2 221	11 470
Jönköping	2 179	2 026	2 028	2 038	2 055	10 326
Eksjö	1 214	1 246	1 240	1 177	1 208	6 085
Värnamo	978	966	1 023	965	963	4 895
Västervik	990	877	944	864	869	4 544
Kalmar	1 687	1 710	1 609	1 562	1 625	8 193
Visby	541	538	517	515	469	2 580
Karlskrona	1 652	1 572	1 590	1 508	1 472	7 794
Växjö	2 141	2 070	2 043	2 085	2 096	10 435
Kristianstad	2 122	2 088	2 037	2 004	1 968	10 219
Malmö	4 392	4 350	5			8 747
Lund	3 778	3 642	13			7 433
Skånes universitetssjuk- hus Malmö-Lund	1 073	503	8 802	8 861	8 714	27 953
Helsingborg	3 447	3 380	3 380	3 403	3 411	17 021
Ystad	1 309	1 407	1 344	1 299	1 243	6 602
Halmstad	2 238	2 100	2 068	2 075	2 003	10 484
Varberg	2 319	2 269	2 339	2 187	2 049	11 163
Sahlgrenska-Östra	10 137	9 476	9 802	10 134	10 149	49 698
Borås	3 181	3 097	3 136	2 970	2 935	15 319
Norra Älvsborgs, Trollhättan	3 640	3 553	3 430	3 245	3 281	17 149
Skaraborgs Sjukhus	2 690	2 698	2 607	2 643	2 556	13 194
Örebro	3 058	2 983	3 079	3 180	3 397	15 697
Karlskoga	515	576	521	280		1 892
Karlstad	3 033	2 951	2 880	2 764	2 732	14 360
Sundsvall	1 729	1 781	1 849	1 742	1 640	8 741
Örnsköldsvik	653	731	723	713	625	3 445
Sollefteå	369	25				394
Östersund	1 426	1 493	1 431	1 352	1 269	6 971
Umeå	1 870	1 784	1 809	1 892	1 839	9 194
Skellefteå	883	881	811	787	777	4 139
Lycksele	395	351	360	325	373	1 804

Förlossningssjukhus	Förlossningsår					Totalt 2016– 2020
	2016	2017	2018	2019	2020	
Boden-Luleå	1 996	1 947	1 826	1 915	1 880	9 564
Gällivare	612	522	517	484	385	2 520
Totalt, förlossningar	120 113	115 942	116 167	114 566	112 906	579 694

Källa: Socialstyrelsen, Medicinska Födelseregistret 2016 – 2020.

Notera: Vid flerbörd har endast ett av barnen i börden medräknats. Tre förlossningsavdelningar lades ner under perioden (BB Sophia, Karlskoga, och Sollefteå). Vidare ska det noteras att under åren 2018 – 2020 rapporterades förlossningarna vid sjukhusen Lund-Malmö under en gemensam klinikod till det Medicinska födelseregistret (Universitetssjukhuset Malmö-Lund). Under samma period rapporterades även förlossningarna vid kliniken Karolinska, Solna tillsammans med Karolinska Hud- dinge.

Figur 1. Antal förlossningar i Sverige per år och kalendermånad



Källa: Socialstyrelsen, Medicinska Födelseregistret

Vårdkedjan

Så gott som alla gravida är inskrivna hos mödrahälsovården och har tillgång till kostnadsfri rådgivning och kontroller hos en barnmorska under graviditeten. Mödrahälsovården har även tillgång till läkare för handläggning av riskgraviditeter och eventuella komplikationer.

De professioner som arbetar på en förlossningsavdelning är barnmorskor, obstetiker och undersköterskor. Under förlossningen har barnmorskan självständigt ansvar för förlossningen om den förväntas bli okomplicerad. Vid riskgraviditeter och komplicerade förlossningar sker handläggningen i samarbete med förlossningsläkare. Även anestesiologer, barnläkare, barnsjuksköterskor och kuratorer kan vara involverade i förlossningsvården utifrån den födandes behov.

Eftervården på sjukhus är oftast kort vid okomplicerade förlossningar. Vid kliniker med lägre bemanning av barnmorskor ingår även sjuksköterskor i bemanningen på BB-avdelningarna. En del kliniker erbjuder hembesök under barnets första levnadsvecka, eller återbesök till sjukhuset för uppföljande spädbarnsundersökning. Den fortsatta uppföljningen av barnet sker därefter

vid barnavårdscentralen där distriktssköterskor eller barnsjuksköterskor ombesörjer vården. Uppföljning, så kallad efterkontroll, erbjuds 8–16 veckor efter förlossningen hos barnmorskan inom mödrahälsovården.

Vårdmodeller

De flesta förlossningskliniker arbetar enligt traditionell modell. På många kliniker förekommer det att personal, främst barnmorskor, roterar mellan förlossning och eftervård/BB eller till andra enheter inom sjukhusets kvinnoklinik alternativt till mödrahälsovård och/eller barnmorskemottagningar. Det varierar under hur lång tid som rotationen mellan enheterna varar.

Två kliniker arbetar med s.k. barnmorskekontinuitet när kvinnan vårdas av samma grupp av barnmorskor under hela vårdkedjan under graviditet, förlossning och den första tiden efter. Denna typ av verksamhet vänder sig i första hand till vissa kvinnor, t.ex. förlossningsrädda.

Medicinskt utfall

Detta avsnitt ger en lägesbeskrivning över trender och skillnader mellan de svenska förlossningsklinikerna vad gäller några utvalda parametrar. Redovisade resultat är baserade på de antal förlossningar som är återfinns i tabell 1. Källa till tabeller och figurer i avsnittet är hämtade från Socialstyrelsens Medicinska födelseregister under en femårs-period, 2016 – 2020. I bilaga 2 finns metod- och variabelbeskrivningar.

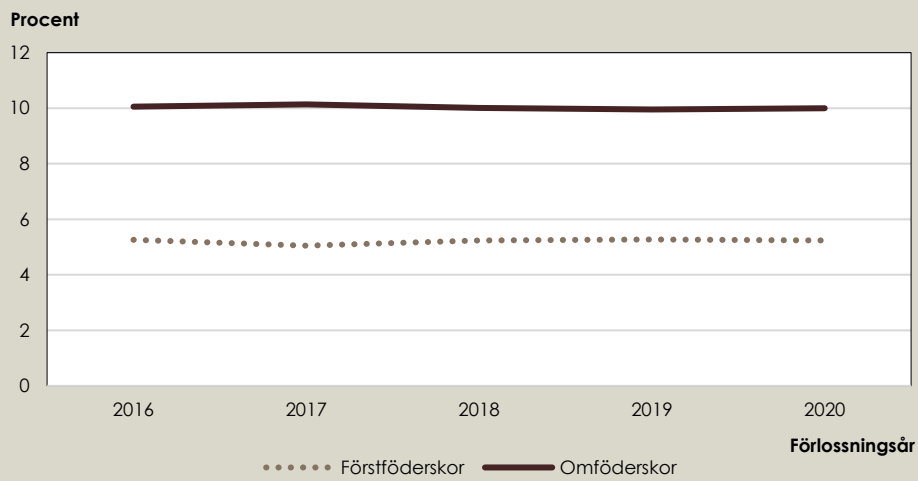
De medicinska resultaten tyder inte på någon försämring eller kris i förlossningsvården. Dock har antal induktioner ökat vilket kräver mer resurser och övervakning. En inducerad förlossning tar betydligt längre tid än en spontan förlossning.

Kejsarsnitt

Knappt 18 procent av alla förlossningar sker med kejsarsnitt men kejsarsnittsfrekvensen skiljer sig stort mellan regionerna, från 12 procent i region Jönköping till 21 procent i region Stockholm år 2020.

Av Figur 2 framgår att frekvensen planerade kejsarsnitt ligger stabilt. Det är också intressant att notera att planerade kejsarsnitt är dubbelt så vanliga hos omfödernkor som hos förstfödernkor. Det är framförallt omfödernkor med dåliga upplevelser från den första förlossningen som får ett planerat kejsarsnitt vid nästa förlossning.

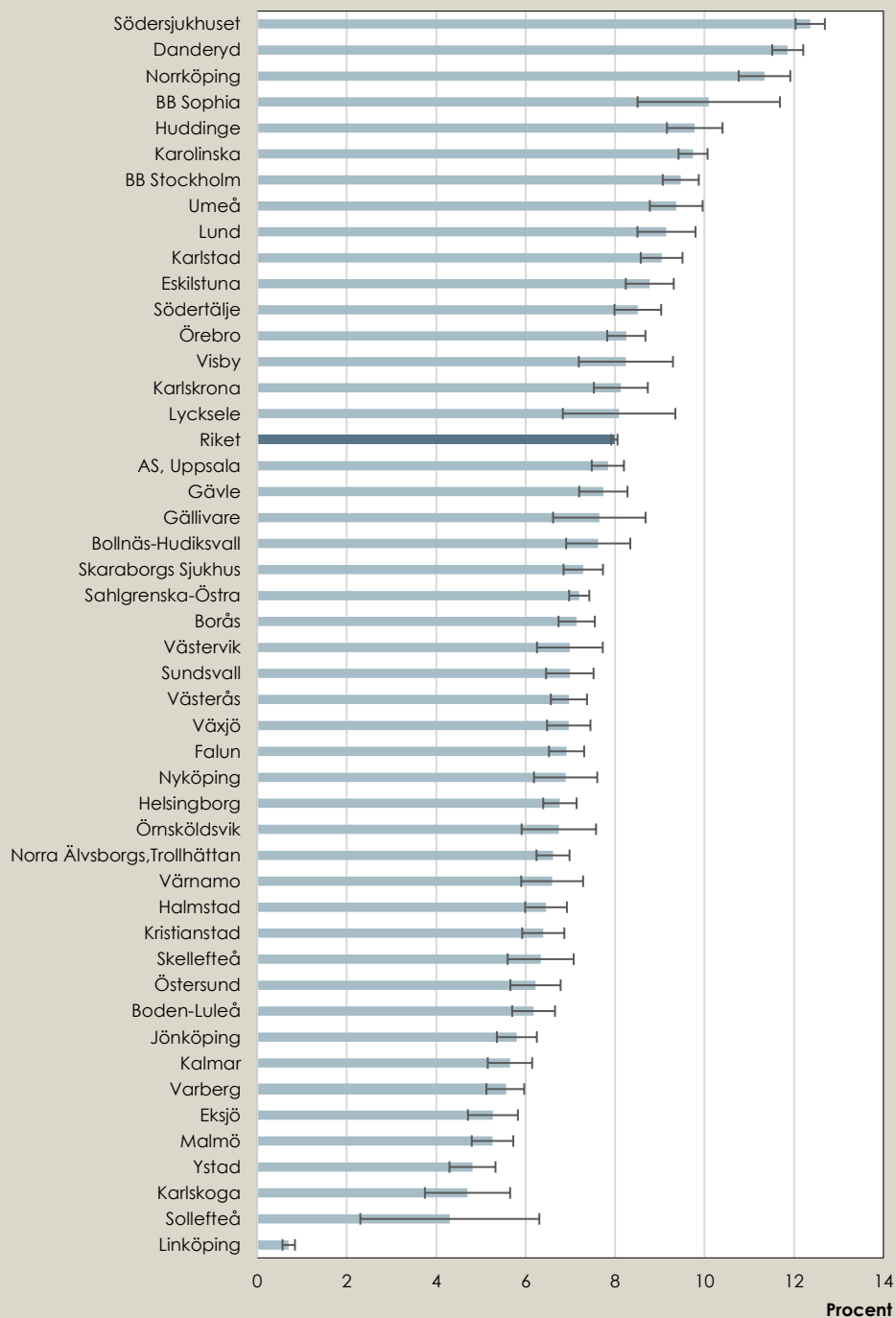
Figur 2. Frekvens planerade kejsarsnitt i Sverige per förlossningsår



Källa: Socialstyrelsen, Medicinska Födelseregistret

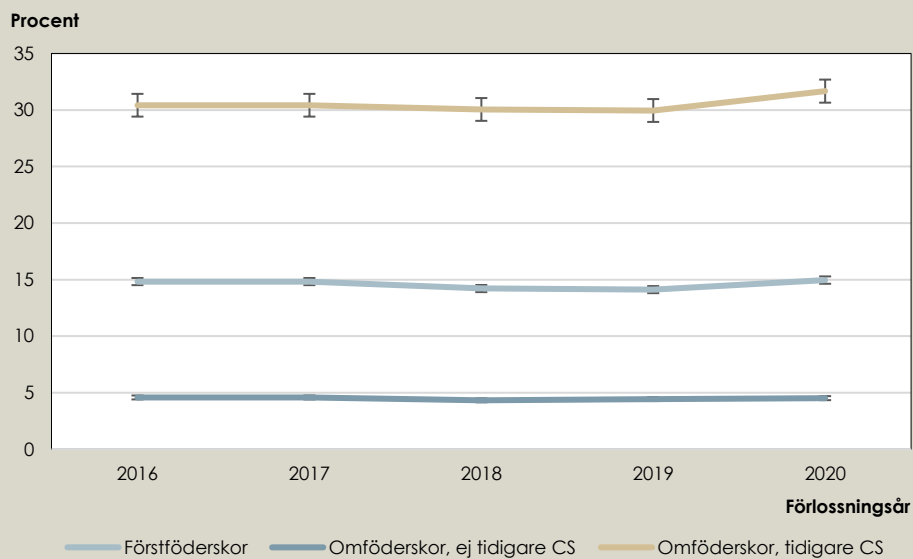
Frekvensen planerade kejsarsnitt varierar mellan de svenska förlossningsklinikerna (figur 3). Frekvenserna varierar mellan 12 procent (Södersjukhuset) och 0,7 procent (Linköping). Just den låga frekvensen i Linköping är dock missvisande eftersom de planerade kejsarsnitten för kvinnor boende i Linköping utförs i Norrköping. En del av skillnaderna kan förklaras av populationsskillnader, men skillnader i kvinnornas ålder, paritet, rökning och BMI kan bara förklara en liten del av skillnaderna mellan sjukhusen vad gäller planerade kejsarsnitt.

Figur 3. Frekvens planerade kejsarsnitt i Sverige per förlossningssjukhus
De vågräta linjerna anger 95-procentiga konfidensintervall.



Andelen akuta kejsarsnitt har legat stabilt sedan 2016. Bland omfödernkor med tidigare kejsarsnitt är andelen akuta kejsarsnitt högre, jämfört med omfödernkor med tidigare vaginal förlossning (figur 4).

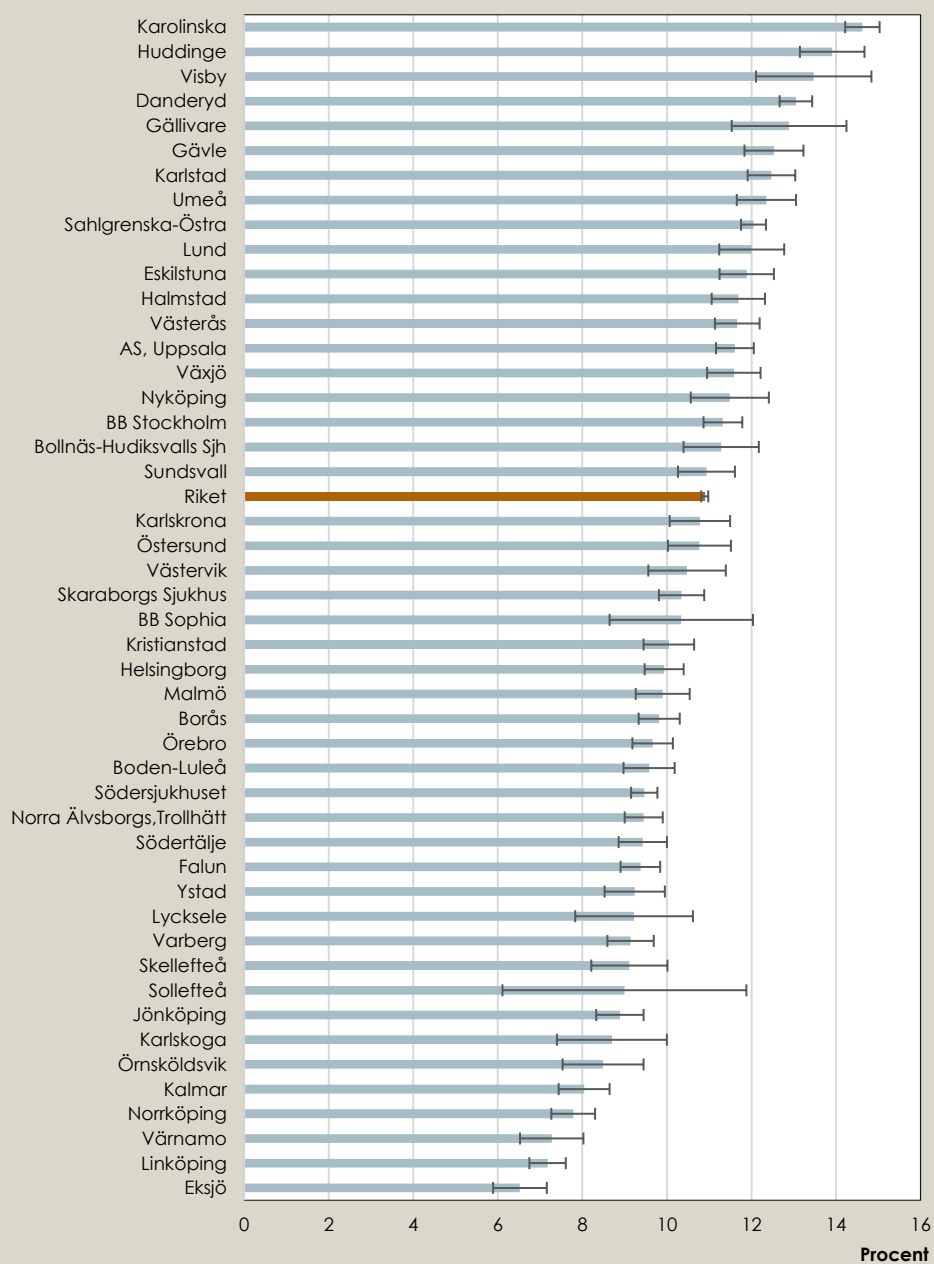
Figur 4. Frekvens akuta kejsarsnitt i Sverige per förlossningsår och tidigare förlossning



Källa: Socialstyrelsen, Medicinska Födelseregistret, 2016-2020

Det är även stora skillnader mellan förlossningsklinikerna när det gäller frekvensen av akuta kejsarsnitt. Stockholmsklinikerna (Karolinska-Solna, Karolinska-Huddinge, Danderyd) har höga frekvenser av akuta kejsarsnitt. Detta gäller dock ej BB Stockholm (figur 5).

Figur 5. Frekvens akuta kejsarsnitt i Sverige per förlossningssjukhus (enbart planerade vaginala förlossningar)

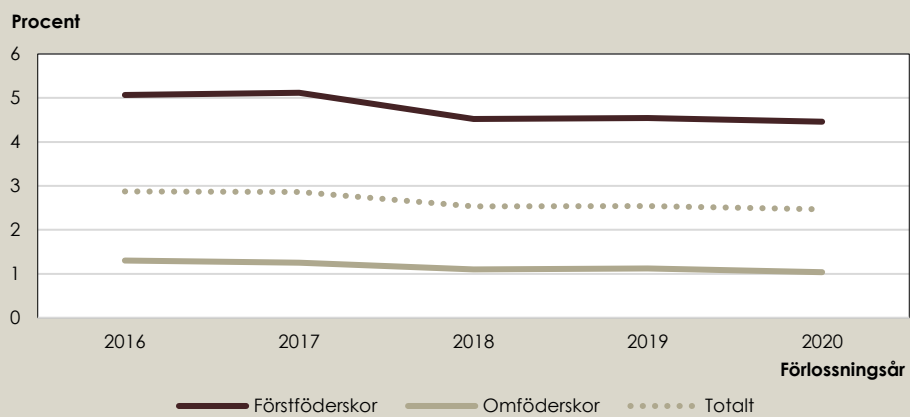


Källa: Socialstyrelsen, Medicinska Födelseregistret, 2016-2020

Bristningar

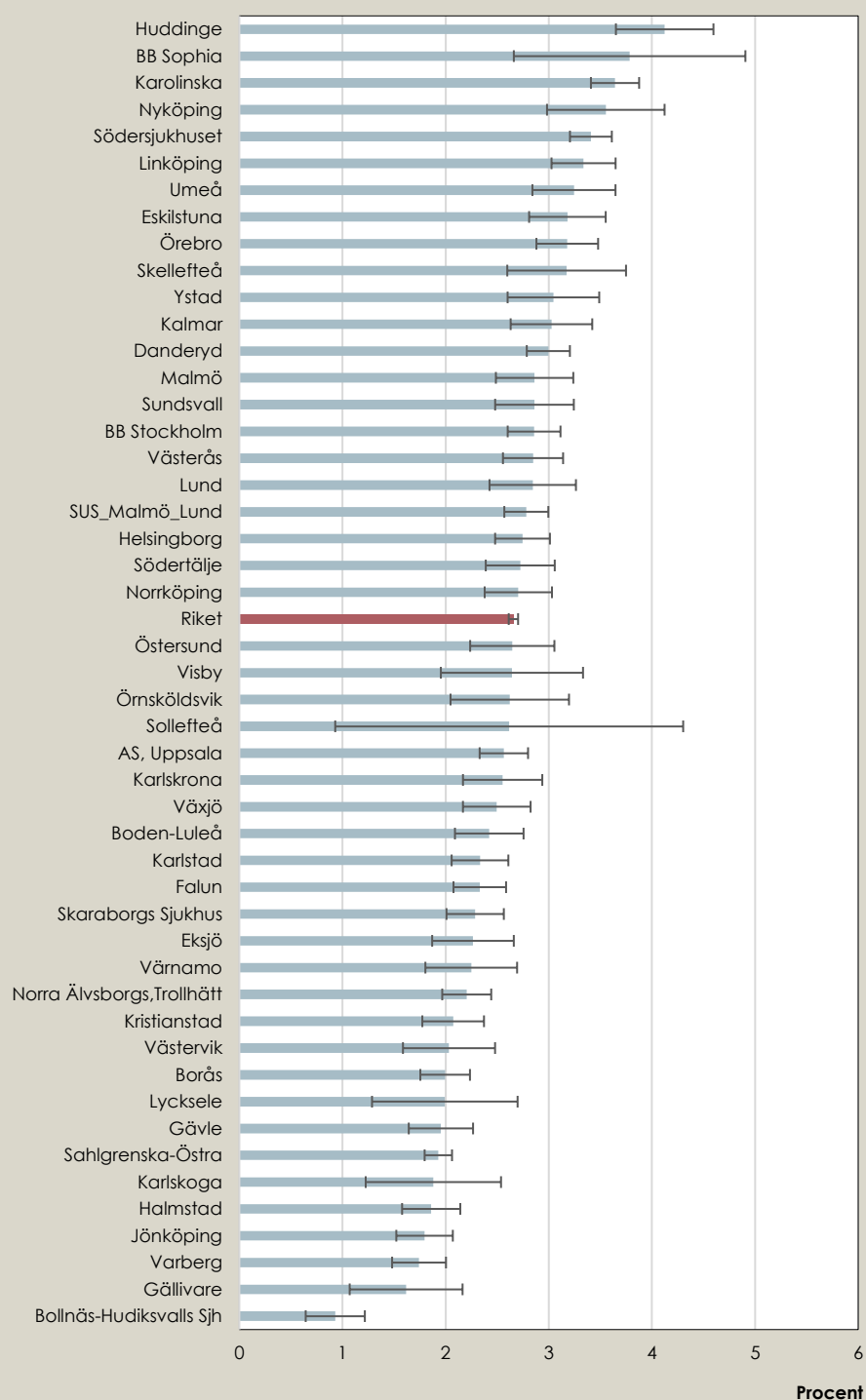
Andelen svåra bristningar sjunker (figur 6), men fortfarande är det relativt stora skillnader mellan de svenska sjukhusen (figur 7). Även om man inte helt kan bortse från möjligheten att diagnostiken kan variera mellan sjukhusen, så är skillnaderna stora.

Figur 6. Frekvens svåra bristningar (sfinkterrupturer) i Sverige per paritet (enbart vaginala förlossningar)



Källa: Socialstyrelsen, Medicinska Födelseregistret, 2016-2020.

Figur 7. Frekvens svåra bristningar (sfinkterrupturer) per förlossningssjukhus (enbart vaginala förlossningar)



Källa: Socialstyrelsen, Medicinska Födelseregistret, 2016-2020.

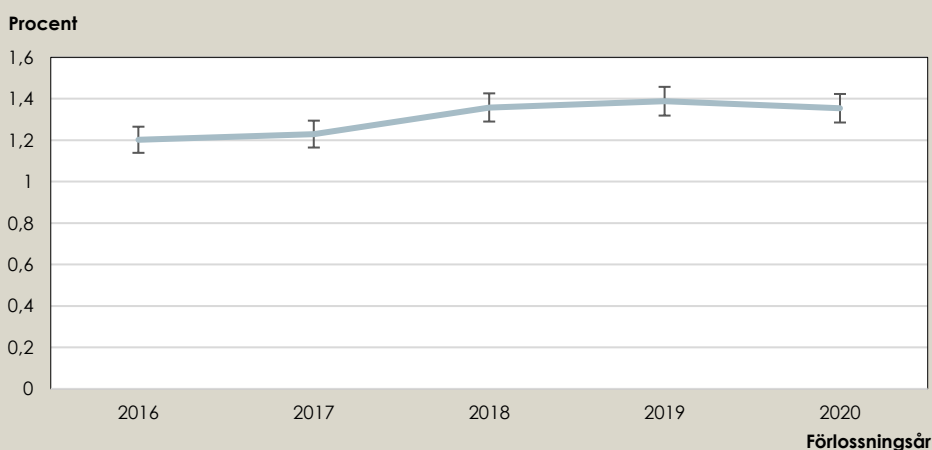
Apgar-poäng

När barnet föds görs en bedömning av barnet vid en, fem och tio minuters ålder, av fem parametrar som vardera ger noll till två poäng. De parametrar som ingår i bedömningen är hjärtfrekvens, andning, hudfärg, muskeltonus och retbarhet. Ju högre poäng som barnet får desto bättre mår det, sammantaget kan barnet få tio poäng vid varje bedömningstillfälle.

Andelen barn med låg Apgar-poäng (<7 vid 5 minuter) tycks ha ökat något under den studerade perioden (figur 8). Apgar-poäng är ett subjektivt mått, så det går inte att helt bortse från möjligheten att det skett någon förändring i poängsättningen.

Det ses en betydande skillnad mellan förlossningsklinikerna (figur 9). Det är möjligt att skillnaden kan bero på att praxis vid poängsättning skiljer sig åt mellan sjukhusen. Framför allt skiljer sig bedömningen åt bland för tidigt födda barn. Dessa löper betydligt högre risk än andra att få låg Apgar-poäng. Det finns därför risk för att universitetssjukhusen och vissa regionsjukhus dit prematurförlossningar remitteras missgynnas vid jämförelser. I figur 9 har därför enbart fullgångna graviditeter medräknats för att i någon mån minska snedvridning av resultaten på grund av remitteringar eller att poängsättningen skiljer sig åt mellan sjukhusen.

Figur 8. Frekvens Apgar <7 vid 5 minuter, per förlossningsår



Källa: Socialstyrelsen, Medicinska Födelseregistret, 2016-2020.

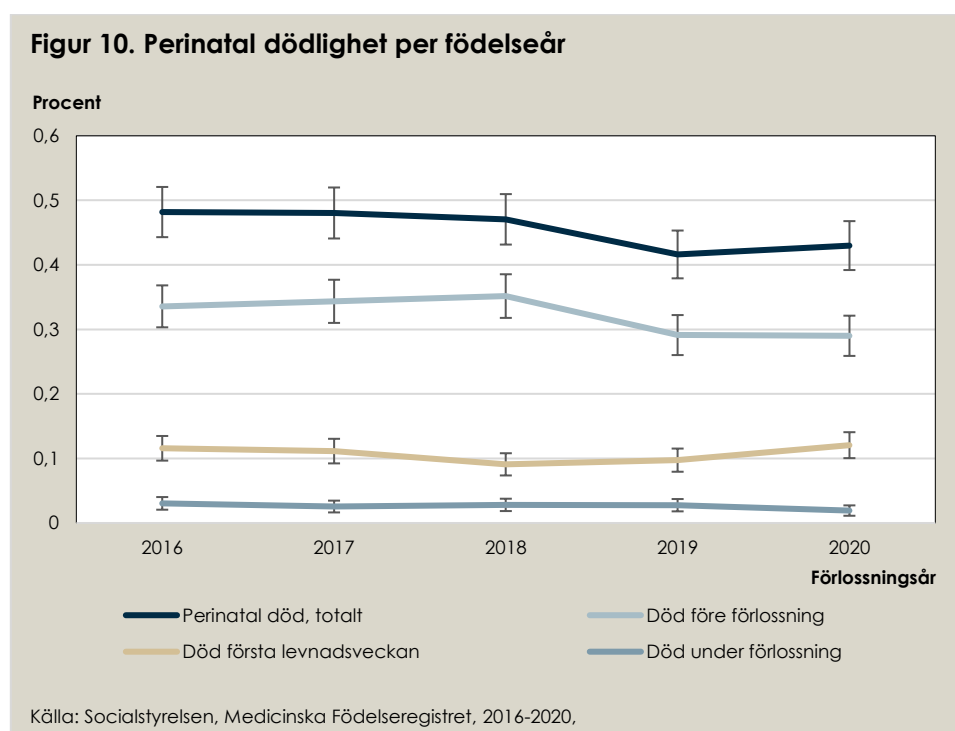
Figur 9. Frekvens Apgar <7 vid 5 minuter per förlossningsklinik. Endast fullgångna graviditeter



Källa: Socialstyrelsen, Medicinska Födelseregistret, 2016-2020.

Perinatal dödlighet

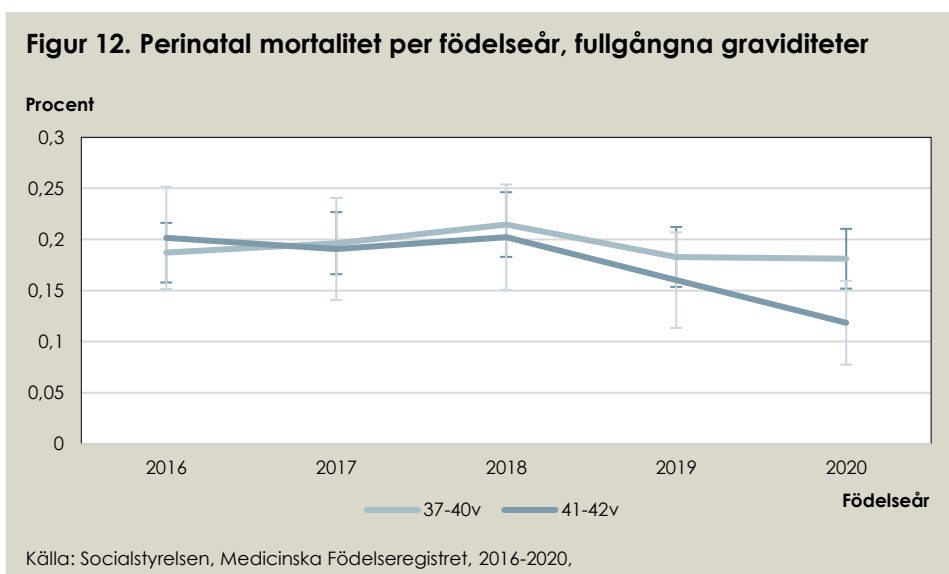
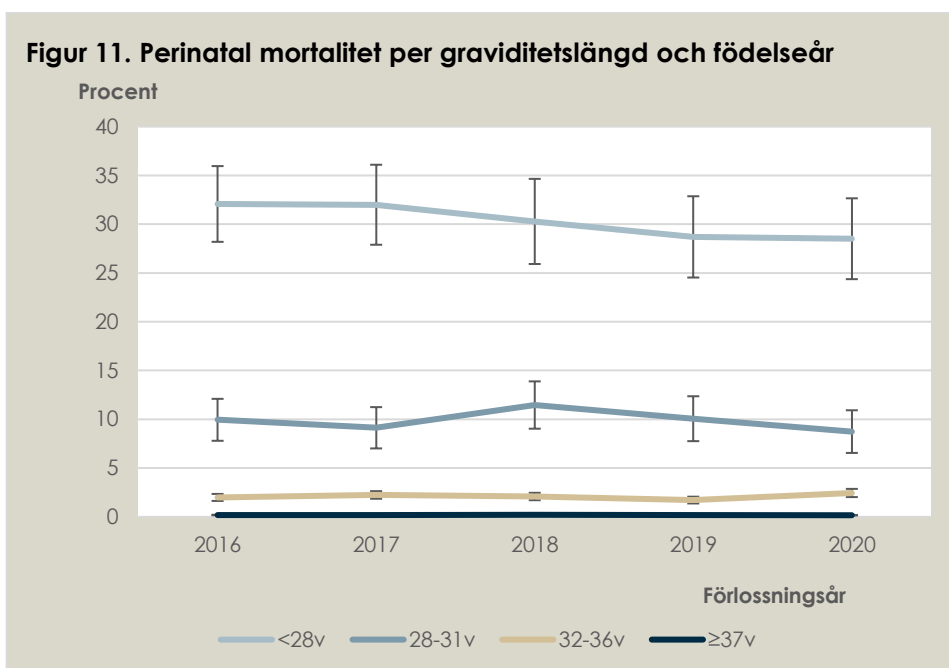
För att mäta den sammanlagda mortaliteten slår man ofta ihop dödföddhet och död under första veckan för att få ett mått på perinatal dödlighet. Detta mått används ofta vid internationella jämförelser av förlossningsvårdskvalitet. Det har snarast skett en minskning av andelen barn som dött perinatalt under den studerade perioden, men antalen är små och den antydda nedgången är inte formellt statistiskt signifikant (figur 10). Av figuren framgår det också att de flesta av de dödfödda barnen har dött redan före förlossningen. Det är ungefär 380 barn om året som är döda vid födseln, av dessa har cirka 30 barn om året dött under förlossning. Antalen är små, och på sjukhusnivå blir därför estimaten osäkra. Det var dock inget förlossnings-sjukhus som anmärkningsvärt skiljde sig från riksgenomsnittet.



Figur 11 visar perinatal död i relation till graviditetsålder vid födseln. Antalen är små, och osäkerheten vid skattningarna är därför osäkra. Drygt 20 procent av de barn som föds före 28 veckor är dödfödda, och 9 procent dör inom en vecka efter förlossningen. Möjligheten att med aktiv obstetrik påverka utfallet i de graviditeter där fostret dör före fullgången tid är i dagsläget relativt begränsad eftersom det ännu inte finns någon effektiv diagnosmetod för att hitta foster som löper ökad risk att dö i livmodern.

Vid hotande extrem prematurbörd där fostret ännu lever ökar chanserna för överlevnad om förlossning sker vid ett universitetssjukhus. Ansträngningar görs därför för att remittera alla sådana extremt prematura födselar till universitetssjukhus. Den svenska perinatala vården (obstetrisk och neonatal vård) av de mest för tidigt födda barnen håller världsklass, och förbättras dessutom stadigt [14]. För andra för tidigt födda barn har inte mortaliteten förändrats under den studerade perioden. Jämfört med dödligheten bland de barn som

föds för tidigt är dödligheten vid fullgången tid i det närmaste försumbar, och det är svårt att skönja eventuella tidstrender. Figur 12 visar därför den perinatale mortaliteten bland fullgångna barn (barn födda efter 37 fulla veckor).

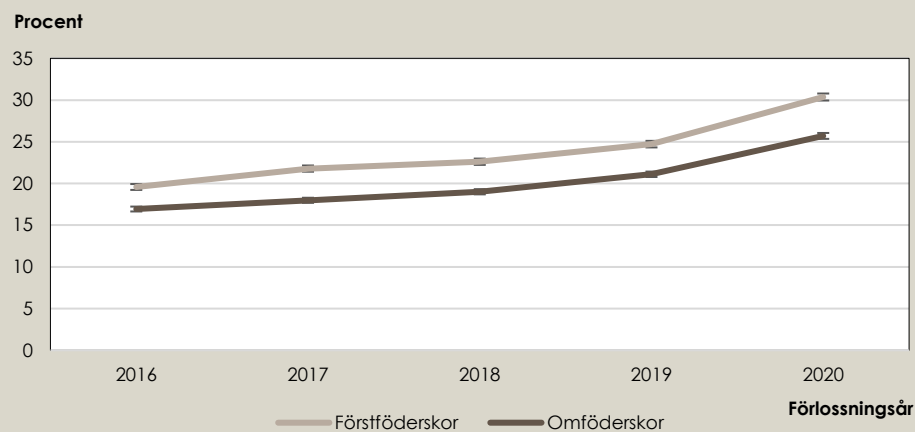


I figur 12 antyds en viss minskning mellan 2018 och 2020 av den perinatale dödligheten bland graviditeter som varat i 41–42 veckor. Detta skulle kunna förklaras av en alltmer aktiv handläggning och fler induktioner vid graviditeter som varat i 41 veckor eller mer, men nedgången var långt ifrån statistiskt signifikant ($p=0.15$).

Induktioner

Andelen förlossningar som startar med induktion har ökat under de senaste åren i takt med att det bedrivs en alltmer aktiv handläggning av graviditeter som varat i 41 fullgångna veckor eller mer (figur 13). Det är sannolikt att denna utveckling måste beaktas vid studier om barnmorskebemanning eftersom inducerade förlossningar ofta har ett långsammare förlopp.

Figur 13. Frekvens induktioner i Sverige (enbart planerade vaginala förlossningar)



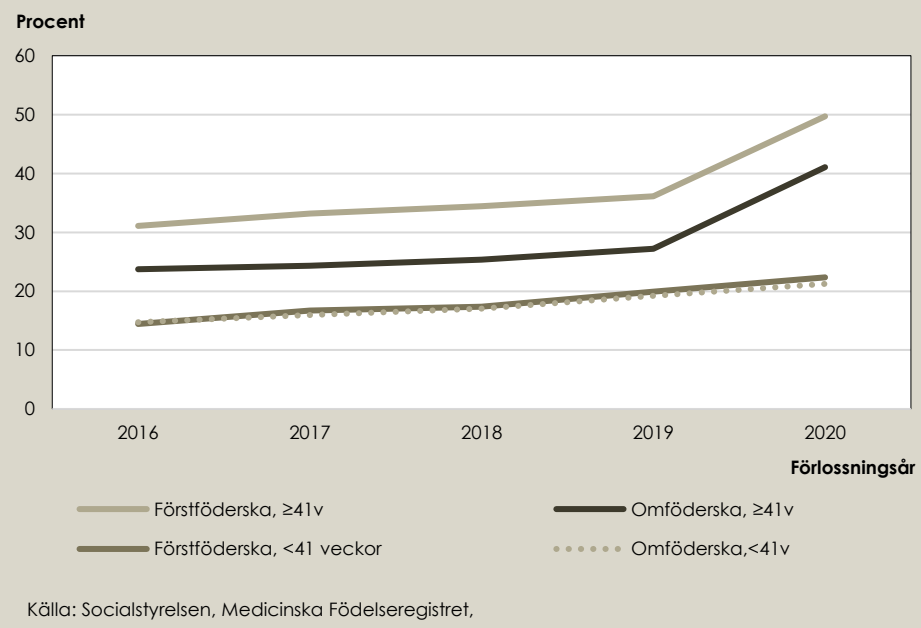
Källa: Socialstyrelsen, Medicinska Födelseregistret,

Data från Graviditetsregistret har använts för att skatta medelvärdet av tid från inskrivning vid förlossningsklinik till förlossning. Medelvärdet för förstfödelskor var 11 timmar vid spontan förlossning och 30 timmar vid induktion. För omfödelskor var motsvarande medeltid mellan inskrivning och förlossning 5 respektive 19 timmar. Den ökade frekvensen induktioner (bland förstfödelskor från 20 till 30 procent, och från omfödelskor från 17 till 25 procent) kommer således påverka förlossningsvårdens belastning avsevärt.

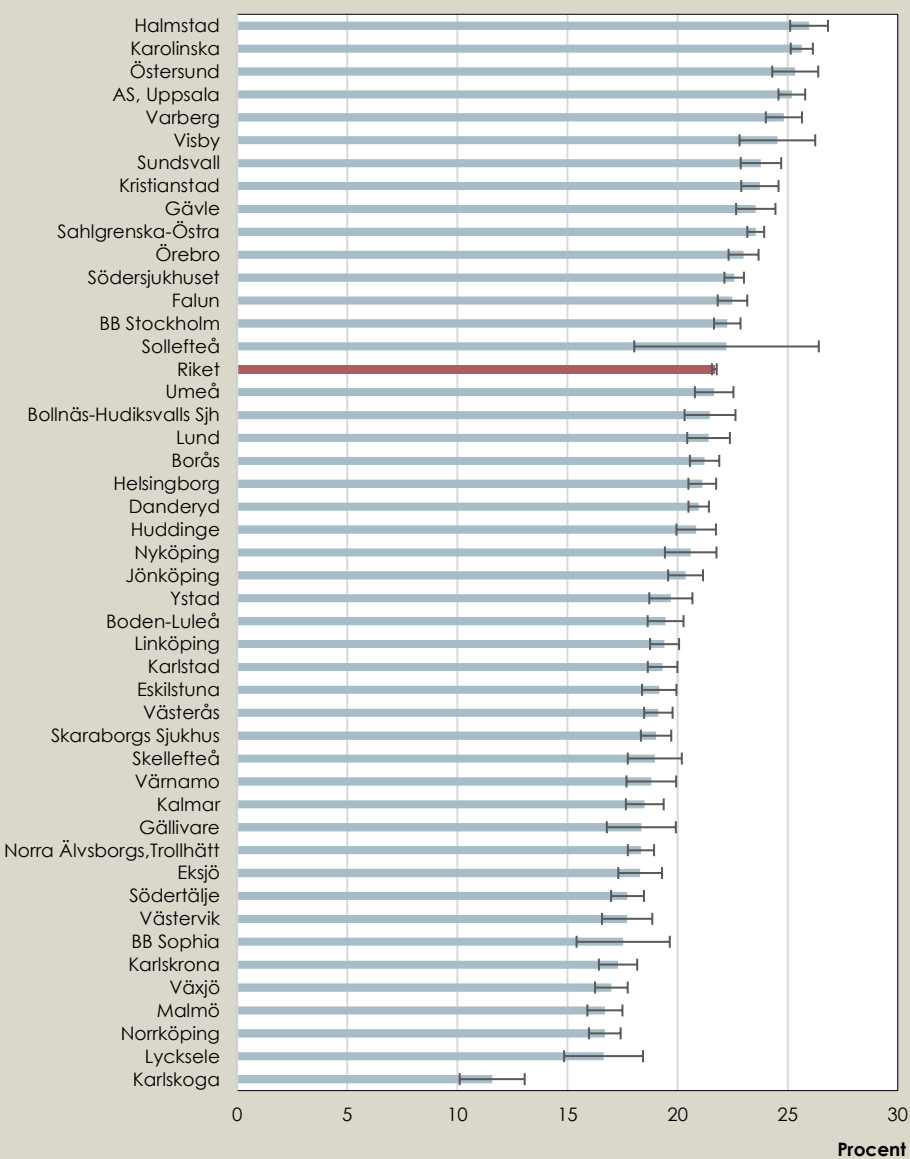
Trots att induktioner mest har diskuterats vid graviditeter efter 41 fullgångna veckor, så har induktioner tidigare i graviditeten också ökat (figur 14).

Induktionsfrekvensen varierar mellan de svenska sjukhusen (figur 15).

Figur 14. Frekvens induktioner i Sverige per graviditetslängd och paritet



Figur 15. Frekvens induktioner i Sverige per förlossningssjukhus (enbart planerade vaginala förlossningar)



Källa: Socialstyrelsen, Medicinska Födelseregistret, 2016-2020.

Patientsäkerhet

Trots goda utfall finns utmaningar

Sverige är ett av de länder med lägst mödra- och barnadödlighet i världen. Den medicinska utvecklingen har bidragit till att Sverige har goda medicinska utfall i samband med förlossning. Perinatal dödlighet är låg, mindre än 0,5 procent och mödradödlighet betydligt lägre, fyra per 100 000 graviditeter och förlossningar. Socialstyrelsens egna kartläggningar och rapporter från SKR har dock pekat på fler utmaningar än skillnader i medicinsk handläggning och utfall. Det finns även utmaningar som handlar om att öka upplevelsen av trygghet och delaktighet hos gravida och nyblivna föräldrar.

Rapporterna menar att vård och uppföljning efter graviditet och förlossning kan bli bättre [6, 15].

IVO om förlossningsvården

Enligt IVO, Inspektionen för Vård och Omsorg, är gynekologi och förlossningsvård ett av de områden inom somatisk specialistvård där flest klagomål kommer in. Enligt medicinska födelseregistret föddes 116 000 barn under 2019. Under samma år fick IVO in 50 Lex Maria-anmälningar som rörde förlossningsvården [17]. Vidare fattade IVO samma år, beslut i 122 klagomål enligt Patientsäkerhetslagen inom området obstetrik och gynekologi. I 30 av dessa ärenden riktade IVO kritik som rörde förlossningsvården. Enligt IVO finns sannolikt ett stort mörkertal av förlossningsskador som inte går till Lex Maria-anmälan [17].

IVO konstaterar i en sammanställning av ärenden som rör förlossningsvården [18] att utvecklade arbetssätt och metoder kan minska risken för förlossningsskador. Det var huvudsakligen ärenden som rörde förlossningsvården av de drygt 150 som kontaktade IVOs upplysningstjänst för tillsyn inom somatisk specialistvård.

Majoriteten av de ärenden som inkommit till IVO handlar om riskgraviditeter eller komplicerade förlossningar där kvinnan eller barnet har drabbats. Vanligast förekommande är enligt IVO:

- Avsaknad av helhetsperspektiv vid bedömning av elektronisk fosterövervakning (CTG).
- Brister i teamarbetet.
- Hög arbetsbelastning för barnmorskor och läkare.
- Felaktig arbetsfördelning mellan barnmorskor.
- Felaktig användning av värförstärkande dropp.

Enligt IVO behövs rutiner och arbetssätt som säkerställer att den kompetens som motsvarar behovet och komplexiteten vid den aktuella förlossningen finns tillgänglig. Det innefattar bemanning, arbetsfördelning utifrån kompetens hos barnmorskor och läkare, välfungerande teamarbete med dialog och samarbete. Särskilt viktigt är att teamarbetet fungerar vid akuta situationer med svåra ställningstaganden. Hur väl teamarbetet fungerar är avhängigt kulturen på arbetsplatsen, arbetsbelastningen, kompetensnivån och arbetssätten [17].

Socialstyrelsens genomgång av Lex Maria-ärenden

Socialstyrelsen har i detta arbete fått ta del av drygt 200 Lex Maria-ärenden som inkommit till IVO under tiden 2019 till april 2022. En översiktlig genomgång har gjorts av dessa ärenden och Socialstyrelsen kan konstatera att det finns en spridning över hela landet av allvarliga händelser i samband med förlossning. Allvarlighetsgraden varierar liksom utfallen. Exempel på händelser som rapporterats är brister i läkemedelshantering, bristande CTG-tolkning, otillräcklig övervakning och/eller riskbedömning, komplikationer i samband med långvariga förlossningar och i samband med att förlossningen avslutas med hjälp av sugklocka. Även händelser i anslutning till förlossningen finns rapporterade såsom urinretention (svårigheter att kissa) och

blödning eller komplikationer efter förlossningen som följd av otillräcklig uppföljning efter förlossningen. Vid ett flertal Lex Maria-anmälningar finns hänvisning till hög arbetsbelastning, brister i kommunikation eller ofullständigt teamarbete som en av orsakerna till det som inträffat.

Vikten av kompetens hos både individ och team

Enligt en genomgång av vetenskaplig litteratur som gjordes inför Socialstyrelsens rapport *Kompetensförsörjning och patientsäkerhet* (2018) framkom att skador på barnet var vanligare vid förlossningsavdelningar med låg bemanning [9]. Vidare beskrivs i Socialstyrelsens rapport vikten av utbildning och fortbildning för att öka både individuell kompetens och teamets kompetens för att kunna erbjuda en patientsäker vård. Utbildning och fortbildning handlar om kunskap om hur undersökningar, ingrepp och procedurer ska utföras såväl som icke-tekniska färdigheter som kommunikation, teamarbete och beslutsfattande [9].

Socialstyrelsen lyfter vikten av teamets specifika kompetens för en hög patientsäkerhet i *Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet* (2021) [10]. I teamets sammansättning är det viktigt att individuell yrkeskunskap, kompetens och erfarenhet tas tillvara och att samverkan sker över professionsgränserna. I handlingsplanen nämns flera faktorer som är av stor vikt och påverkar patientsäkerheten. Förutsättningar för bemanning med rätt kompetens, arbetsmiljö, kompetensutveckling och organisationsstruktur är några exempel. Att det finns tillgång till hälso- och sjukvårdspersonal med rätt kompetens är en förutsättning för en säker vård [10].

Det finns rapporter från svensk förlossningsvård att det finns hinder för god kommunikation och teamarbete inom förlossningsvården som grundar sig i brist på respekt, rädsla för att bli ifrågasatt och upplevelse att inte bli lyssnad på [18]. En nyligen publicerad doktorsavhandling, som handlar om patientsäkerhet inom svensk förlossningsvård, konstaterar att det är viktigt att personalen känner varandra väl, har goda relationer och kan arbeta effektivt i det multiprofessionella teamet [19]. Vidare betonas att gemensamma mål och respektfull och öppen kommunikation är avgörande för att vården ska vara patientsäker.

God kvalitet och patientsäkerhet utvecklas bäst i organisationer med god arbetsmiljö, psykologisk trygghet och en kultur där medarbetarna är delaktiga och gemensamt med ledningen strävar efter att fortlöpande förbättra för att upprätthålla en hållbar verksamhet [10].

Resultat från kartläggningen

I detta avsnitt redovisas resultaten från den enkät som skickats till samtliga förlossningskliniker samt det som framkommit under de intervjuer som gjorts med kliniskt verksamma läkare och barnmorskor, verksamhetsutvecklare och chefer inom förlossningsvård. I redovisningen ingår även synpunkter och förslag som diskuterades i en workshop med deltagare från förlossningsvården i Sveriges regioner. Redovisningen bygger på svar på frågor som rör bemanning, schema, arbetssätt, patientsäkerhet och visioner.

En kvinna i aktiv förlossning per barnmorska

Resultat från enkäten

Inställningen till arbetssättet ”en födande i aktiv förlossning per barnmorska” var övervägande positiv bland dem som svarade på enkäten till verksamhetscheferna. Det var 86 procent som var positiva eller mycket positiva till arbetssättet (tabell 2). Tio kliniker uppgav att de har en policy om en födande i aktiv förlossning per barnmorska.

Tabell 2. Inställning till arbetssättet ”en kvinna i aktiv förlossning per barnmorska enligt enkätsvar

Inställning	Antal	Procent
1 Mycket negativ	1	2
2	1	2
3	3	7
4	13	32
5 Mycket positiv	22	54
Vet inte	0	0
Vill inte svara	1	2
Total	41	100

Det fanns även möjlighet för dem som svarade att skriva fria kommentarer. De teman som identifierats ur kommentarerna är:

- Ett mål som bör eftersträvas
- Fungerar för det mesta
- Kräver ökad bemanning
- Behovet varierar
- Enhetens storlek spelar roll

Flera, både stora och mindre kliniker, kommenterade att målet i deras verksamhet är att främja arbetssättet ”en födande i aktiv förlossning per barnmorska”. Några menade att det krävs information och diskussion i arbetsgruppen för att lyckas med implementeringen av arbetssättet. Några kliniker

angav att arbetssättet fungerar för det mesta, med hjälp av en koordinator som fördelar arbetet utifrån behov och tillgänglig kompetens.

Kommentarer från några av de större klinikerna var att arbetssättet kräver ökad bemanning. Man efterlyste en ökad grundbemanning dygnet runt och nämnde alternativa arbetstidsmodeller, exempelvis att barnmorskor skulle vara jour eller ”stand-by”, var avgörande för om arbetssättet skulle gå att bedriva dygnet runt samt vid hög belastning på förlossningsavdelningen.

Behovet hos den enskilda kvinnan som föder och behovet av barnmorskor utifrån hur belastning är på förlossningsavdelningen varierar enligt flera kommentarer. Några av kommentarerna handlade om vikten av att personal fördelades efter vårdtyngd för att uppnå målet. Även här nämndes att koordinatorfunktionen är viktig för att arbetssättet ska fungera.

Enhetens storlek spelar roll och att vilken eller vilka verksamheter som inryms på förlossningsavdelningen är av stor betydelse för om arbetssättet fungerar enligt några kommentarer. Poliklinisk verksamhet samt ökat antal inductioner kan enligt kommentarerna försvåra och att målet ”en födande i aktiv förlossning per barnmorska” inte kunnat uppfyllas.

”Måste vara målet men eftersom antalet kvinnor i den fasen varierar så oerhört mellan dygnets timmar, veckans dagar och tider på året blir det omöjligt att bemanna så.”

Kommentar till enkätsvar om inställningen till ”en födande i aktiv förlossning per barnmorska”.

Kostnadsberäkning av arbetssättet ”en kvinna i aktiv förlossning per barnmorska”

En serie analyser gjordes för att estimerar antalet helårsarbetande barnmorskor som skulle behövas för att klara målsättningen ”en kvinna i aktiv förlossning per barnmorska”.

I tabell 1 i bilaga 3 redovisas antalet förlossningar per dag vid de 42 svenska förlossningssjukhusen. För de största sjukhusen (t.ex Sahlgrenska, Malmö/Lund, Södersjukhuset, Karolinska) sker 19-16-15 respektive 14 dagliga förlossningar de fem procent av dagarna som har mest fåtaliga förlossningar. Medianantalet dagliga förlossningar vid de nämnda sjukhusen är 27-24-21 respektive 22. De fem procent av dagarna då det sker flest förlossningar är motsvarande antal 36-31-28-29. Det skiljer sig således en faktor två mellan de dagar då det är som lugnast och de dagar då arbetsbelastningen är som högst. Tabellen visar alltså kraven på flexibilitet inom förlossningsvårdens organisation och nödvändigheten av att beakta variabiliteten vid bemanningsplanering.

I tabell 2 i bilaga 3 har antalet förlossningar räknats om till antal heltidsarbetande barnmorskor. Tabell 1 och 2 tar dock inte upp aspekterna med variabiliteten inom varje dygn, vilken också måste beaktas.

I tabell 4 i bilaga 3 visas hur många årsarbetande barnmorskor som skulle behövas för att de olika förlossningsklinikerna skulle kunna leva upp till målsättningen ”en kvinna i aktiv förlossning per barnmorska” i 5, 10, 25, 50, 75, 90, respektive 95 procent av alla årets timmar.

I detta sammanhang behöver en nationell målnivå definieras för hur stor andel av alla timmar som ska uppnås vid arbetssättet ”en kvinna i aktiv fas per barnmorska”. Enligt tabell 4 i bilaga 3 skulle det behövas 362 heltidstjänster i hela riket för att klara målnivån 50 procent av alla timmar. Skulle man ha målnivån 95 procent av alla timmar skulle det i riket behövas 873 heltidstjänster.

Tolkningen ska göras försiktigt. Det finns inga registeruppgifter som anger hur länge varje kvinna har varit i aktiv förlossning. Statistiken har därför baserats på förlossningstidpunkt och schabloner (tabell 3 i bilaga 3) som tagits fram med hjälp av litteraturstudier [3, 20-24]. Det ska framför allt noteras att uträkningen endast medräknar det antal barnmorskor som behövs för kvinnor i aktiv förlossning. De arbetstimmar som går åt till andra arbetsuppgifter (som t.ex. mottagande, inskrivning, dokumentation, stöd under öppningsfasen) är inte medräknade.

Uträkningarna är som sagt ungefärliga och ska tolkas försiktigt. För att uttala sig om hur många extra barnmorskor som skulle behövas för att klara målsättningen ”en kvinna i aktiv förlossning per barnmorska” behövs dels en tillförlitlig statistik över hur många barnmorskor som redan arbetar vid de svenska förlossningsklinikerna, dels hur stor del av dessa barnmorskors arbete som utgörs av arbete med kvinnor i aktiv fas.

Rutiner för utdrivningsskedet och suturering

I enkäten fanns frågor om skriftliga rutiner vid utdrivningsskede och suturering. 37 kliniker (88 procent) svarade att de har skriftliga rutiner om att vara två personer vid utdrivningsskedet. 38 kliniker (90 procent) har skriftliga rutiner om att vara två personer vid undersökning av förlossningsbristningar och vid suturering.

Infört och fungerar absolut i de flesta fall men förstås kan det vid hög arbetsbelastning prioriteras om, men det är sällsynt. Väl inarbetat.

Kommentar från enkätsvar

Resultat från intervju och workshop

Liksom svaren i enkäten var arbetssättet ”en kvinna i aktiv förlossning per barnmorska” ett mål eller en vision för de flesta av respondenterna i intervjuerna och i workshopen. Flera menade att man för det mesta lyckas att nå målet men att det kan vara svårt vid extra hög belastning på förlossningsavdelningen. Några sa att man arbetat utifrån arbetssättet ”en kvinna i aktiv förlossning per barnmorska” sedan början på 2000-talet men att det med tiden blivit svårare att uppnå vid alla förlossningar. En anledning som angavs till att det blivit svårare är den ökning av induktioner som skett. I de fall där en barnmorska har flera födande samtidigt berättade några respondenter att man ändå erbjuder kontinuerlig närvaro på rummet hos den som är i aktiv förlossning. Det sker genom att undersköterskan eller någon annan i teamet stöttar kvinnan under den tid som barnmorskan är hos de andra födande.

Teamarbete

Resultat från enkäten

Teamarbete förekommer enligt enkätsvaren vid samtliga förlossningsavdelningar och i teamet ingår alltid en barnmorska. Det fanns även möjlighet för dem som svarade att skriva fria kommentarer till frågan om teamarbete. De teman som identifierats ur kommentarerna är:

- En självklarhet
- Fördelat ansvar
- Variation utifrån behov
- Teamträning

Genomgående i kommentarerna framkom att ett gott teamarbetet är en förutsättning för att förlossningsvården ska vara säker och av god kvalitet. Teamarbetet menade någon vara grundläggande och en naturlig del i arbetet och därmed så självklar att arbetssättet inte har någon specifik benämning. I kommentarerna beskrev flera hur ansvarsfördelningen ser ut inom teamet. Några beskrev hur en muntlig genomgång vid varje arbetspass, rond, av aktuella förlossningar, kan vara till stor hjälp. Genom att fördela ansvar utifrån vårdbehov och tillgänglig kompetens kan rätt vård ges utifrån den födandes behov. Ett annat exempel som nämndes i kommentarerna var ”time-out” när teamet tillsammans löser situationer som uppstår under förlossningen genom att stanna upp, göra en bedömning och en gemensam plan för fortsatt handläggning.

Teamets sammansättning varierar utifrån behov av kompetens vid förlossningen, enligt flera kommentarer. En barnmorska ingår alltid i teamet enligt svaren men i övrigt finns variationer. Ungefär hälften av de som svarade på enkäten angav att teamet består av en barnmorska och en undersköterska och begreppet par-vård användes i några av svaren.

Ett tema handlar om regelbunden återkommande teamträning av akuta situationer som kan uppstå. Träningen handlar inte enbart om det medicinska omhändertagandet utan även hur samarbetet kan stärkas och hur ett effektivt omhändertagande kan åstadkommas genom tydlig kommunikation. Vid teamträning deltar flera yrkeskategorier förutom obstetiker och barnmorskor, såsom barnläkare och barnsjuksköterskor för att skapa ett säkert omhändertagande vid komplikationer vid förlossningen.

”Barnmorska, obstetiker, undersköterska och patienten är vårt team. Är effektivt, roligt och ger bra vård eftersom vi ser patienten ur flera perspektiv.”

Kommentar till enkätsvar om teamarbete

Resultat från intervju och workshop

Teamarbete är ett etablerat begrepp inom förlossningsvården men i intervjuerna och den workshop som gjorts inom ramen för uppdraget, framkom att teamets sammansättning och på vilket sätt teamet arbetar varierar. Flera menade att teamarbetet behöver utvecklas för att vården ska vara trygg och

säker. Respondenterna menade att ökad respekt för varandra inom teamet och att alla i teamet skulle kunna komma till tals i större utsträckning än de gör idag.

Det ingår alltid en barnmorska i teamet men det är inte lika tydligt vilken status barnmorskan har och hur hon samverkar med andra medlemmar i teamet. Ett vanligt arbetssätt är att läkaren ingår i teamet vid komplicerade förlossningar eller ”vid behov”. I flera intervjuer och i workshopen framfördes dock önskemål om större inkludering och mer inbjudande arbetssätt av läkare i teamet även vid okomplicerade förlossningar. Det skulle enligt respondenterna öka kunskapen bland läkarna om den normala förlossningsprocessen. Med en ökad förståelse och tillit till den ansvariga barnmorskans handläggning skulle risken minska för att läkaren fattar förhastade beslut om t.ex. akut kejsarsnitt.

I flera intervjuer och även under diskussioner under workshop framkom att ett fungerande teamarbete handlar mer om attityder än om struktur. Om det förekommer svårigheter att samarbeta behöver detta uppmärksammas och åtgärdas. Det är viktigt att alla medlemmar i teamet får samma möjlighet att komma till tals och bli respekterade. Barnmorskan, obstetrikern och undersköterskan i ett team arbetar tillsammans mot ett gemensamt mål: en positiv förlossningsupplevelse oavsett om det är en låg- eller högriskgraviditet/förlossning.

Enligt respondenterna krävs ett ledarskap från strategisk ledningsnivå till första linjens chef som uppmuntrar och stöder ett sådant arbetssätt. Ett sådant ledarskap som arbetar för en grundsyn bland alla medarbetare att teamarbete är en förutsättning för att skapa en ”vi-känsla”. Någon framförde även att patienten bör ingå i teamet, för att det ska kunna ses som ett komplett fungerande team. På så vis skulle patienten kunna komma till tals och vara delaktig.

I flera intervjuer lyftes även att patientsäkerheten ökar i ett fungerande teamarbete. Exempelvis genom att beslut om handläggning eller åtgärd fattas efter en diskussion i gruppen; ”sex ögon ser mer än två”. Med att gott samarbete mellan flera professioner i teamet kan patientsäkerheten öka. Likaså framkom att läkaren initialt, när kvinnan kommer till förlossningsavdelningen, behöver ingå i teamet för att på så vis få kännedom om och främja den normala förlossningen. Det kan minimera risken att beslut om akut kejsarsnitt blir fördröjt likaväl som det kan främja att förlossningen avslutas vaginalt när läkaren kan göra en helhetsbedömning utifrån förlossningens tidigare progress.

Koordinator

Resultat från enkäten

I enkäten ingick frågor om koordinator och koordinatorsrollen i förlossningsvården. Även här fanns möjlighet att skriva fria kommentarer. Det var fyra kliniker som angav att de inte har koordinator. Tre av klinikerna är små med färre än 1000 förlossningar per år och vid den fjärde sker cirka 1500 förlossningar årligen.

De teman som identifierats ur kommentarerna om koordinatorsrollen är:

- Stödjande senior barnmorska
- Samordnande funktion
- Behövs under samtliga arbetspass

Koordinatorsrollen delas enligt ett flertal kommentarer mellan barnmorskor inom kliniken och är inte en specifik tjänst. De barnmorskor som har koordinatorsroll är seniora och har en stödjande roll till yngre kollegor, nya underläkare och jourläkare. Några exempel på stödjande funktion utifrån kommentarerna är att hjälpa till vid riskbedömning av patienter, stötta vid svåra situationer samt ansvara för utbildning av personal.

Den samordnande funktionen innebär enligt kommentarerna att koordinatör fördelar arbetet på förlossningsavdelningen och har ett övergripande ledningsansvar. Vid några kliniker omfattar koordinatorsrollen samordning även för BB-avdelningar och poliklinisk verksamhet. Enligt de flesta kommentarerna ingår telefonrådgivning i koordinatorsrollen. Det medför att den som är koordinatör får en god överblick över hur många patienter som är på väg in till förlossningen och kan kontakta andra kliniker som ev. kan komma att beröras, t.ex. barnklinik.

Två kliniker angav att koordinatör finns på förlossningsavdelningen dygnet runt under både vardag och helg medan det i många övriga kommentarer framkom att koordinatör endast finns tillgänglig under dagtid på vardagar. Flera påtalade att koordinatorsrollen är viktig och att den skulle behövas dygnet runt. Någon kommenterade att det under semestertider inte varit möjligt att bemanna med koordinatör då det inte fanns tillräckligt med barnmorskor för att bemanna förlossningsavdelningen.

”Ledningsbarnmorska som fördelar arbetet och har en stödjande roll till yngre kollegor.”

Kommentar från enkätsvar om koordinatorsroll

Resultat från intervju och workshop

Koordinatorns roll är mycket viktig enligt respondenterna och deltagarna i workshopen. De var eniga om att den barnmorska som är koordinatör behöver vara erfaren och trygg i sin profession. Vidare att hon behöver ha förmåga att leda arbetet, stödja nyutbildade kollegor och underläkare.

Deltagarna i workshopen förstärkte vikten av en koordinatör på förlossningsavdelningen i det dagliga arbetet och flera uttryckte att de önskade att det fanns en koordinatör under samtliga arbetspass. En deltagare från ett av de mindre sjukhusen berättade att det varit svårt att bemanna förlossningsavdelningen med en koordinatör under sommarsemesterperioden då det fanns färre barnmorskor att tillgå.

För att skapa en trygghet i personalgruppen och behålla kompetens på förlossningsavdelningen ingår inte seniora barnmorskor, som fungerar som koordinatörer, i rotationstjänstgöring vid en av landets kliniker.

Lågriskenheter

Resultat från enkäten

Hälften av dem som svarade på enkäten kände inte till eller ville inte svara på frågan om vilken inställning de har till så kallade lättvårdsenheter, enheter för ”lågriskpatienter” som förväntas ha en okomplicerad förlossning (tabell 3).

Tabell 3. Inställning till lättvårdsenheter enligt enkätsvar

	Antal	Procent
1 Mycket negativ	3	7
2	2	5
3	3	7
4	7	17
5 Mycket positiv	4	10
Vet inte	20	49
Vill inte svara	2	5

Fyra som svarade på enkäten uppgav att det finns en lättvårdsenhet på deras klinik. En av dessa enheter finns inom en stor klinik med drygt 10 000 förlossningar per år. Lättvårdsenheten är nystartad och ingår i ett projekt att undersöka arbetssätt för att främja det normala födandet utifrån ett teambaserat arbetssätt.

En förlossningsavdelning som svarade på enkäten är regionens lättvårdsenhet och har knappt 400 förlossningar per år. I en kommentar från den kliniken framkom att det är svårt att bibehålla kompetens och att det krävs fortbildning av personal och träning inför akuta händelser. För att bibehålla kunskap och färdigheter kring oväntade händelser och risker hos den personal som arbetar på lättvårdsenheten roterar enhetens barnmorskor regelbundet till regionens övriga förlossningsavdelningar.

Flera av dem som svarade med kommentarer till frågan om lättvårdsenheter såg risker med att ha lättvårdsavdelningar med hänvisning till att det skulle kunna påverka patientsäkerheten negativt. Ett skäl som angavs var att selektering av patienter inte bidrar till att utveckla ett gott teamarbete mellan professionerna inom förlossningsvården. Ett annat skäl som nämndes av flera var att barnmorskors kompetens och kunskap om risker och komplikationer försvagas när de enbart arbetar med friska kvinnor och okomplicerade förlossningar.

En annan aspekt som lyftes kring lättvårdsavdelningar var att vården ska vara individualiserad utifrån behov. Någon menade att lättvårdsenheter ofta har högre bemanning och lugnare miljö än andra sedvanliga förlossningsavdelningar. Detta kan leda till en ojämlig vård där de patienter som har störst behov av stöd inte får det på samma sätt som de som vårdas på lättvårdsenheter.

”Det blir en svårighet att bibehålla kompetens hos personalen med lättvårdsenhet, viktigt med kompetensbibehållande insatser. Svårare för personalen att känna sig kompetenta med sällanhändelser, då det ibland inträffar situationer då det är oväntade försämringar.”

Kommentar från enkätsvar om lättvårdsenhet

Resultat från intervju och workshop

Både i intervjuerna och i workshopen framkom en tveksamhet till så kallade lågriskenheter, särskilt om sådana enheter kallas barnmorskeledda enheter. Någon framförde att det kan ge en polarisering i förlossningsvården där olika professioner ställs emot varandra istället för att samverka i teamarbete. I diskussionerna betonades värdet av teamarbete, att alla som ingår i teamet behövs. För att höja kompetensen hos både barnmorskor och obstetiker menade man att det bästa är att inte separera riskgraviditeter från dem som förväntas få en normal graviditet och förlossning. Därmed skulle läkare bli mer vana vid processen vid okomplicerade förlossningar och barnmorskor bli mer tränade i att upptäcka risker.

Vidare menade flera att det måste vara kvinnan som står i centrum och att kvinnor får ta del av det stöd och den behandling som finns att tillgå idag. Andelen riskpatienter inom förlossningsvården har ökat. Ett förslag var att man istället för att tillhandahålla lågriskenheter skulle se över vilka patienter som behöver vårdas i slutenvård och erbjuda dem kvalificerad vård på sjukhuset.

Bemanning och rapporterad personalbrist

Antal årsarbetare på förlossningen

I enkäten efterfrågades uppgifter om bemanningen för aktuella yrkesgrupper inom förlossningsvården (obstetiker, barnmorskor, undersköterskor, annan personal). Uppgifter efterfrågades om antal årsarbetare 1 maj 2022, budgeterad grundbemanning och antal anställda (inklusive deltidsanställda den 1 maj 2022). Flertalet kliniker svarade att det är svårt/inte möjligt att ta fram dessa uppgifter för obstetiker då de delar sin tjänst mellan flera verksamheter. De svarande hade även svårt att ge uppgifter om antalet barnmorskor eftersom många av dem har rotationstjänstgöring (se kommande avsnitt om rotations-tjänstgöring). Några kliniker besvarade därför inte dessa frågor.

Som en trolig följd av dessa svårigheter så är enkätsvaren tyvärr motstridiga. För att undersöka validiteten av uppgifterna jämfördes, för varje förlossningsklinik, de uppskattade antalen årsarbetarna med antal förlossningar år 2020 som rapporterats till det Medicinska födelseregistret. Baserat på dessa uppgifter varierade antalet förlossningar per år och barnmorska mellan 20 upp till 140 bland förlossningsklinikerna. Det kan till exempel nämnas att för två kliniker som båda har cirka 4200 förlossningar per år, så rapporterar den ena 31 årsarbetande barnmorskor och den andra 84. Det är osannolikt att denna stora spännvidd speglar verkligheten, utan mer troligt att den visar hur svårt det varit att uppskatta hur många barnmorskor (omräknat i årsarbetare) som i realiteten arbetar på förlossningsklinikerna.

Ett av rapportens syfte var att undersöka i vilken mån målsättningen 'en barnmorska per kvinna i aktiv förlossningsfas' skulle vara möjlig att uppnå med tillgängliga personalresurser, alternativt hur många fler barnmorskor som skulle behövas. Att det inte har gått att få fram hur många barnmorskor

som faktiskt finns tillgängliga är anmärkningsvärt, och gör att det omöjligt att uttala sig om förutsättningar för att uppfylla det ovan nämnda målet.

Det är viktigt att ha rätt uppgifter om antalet barnmorskor som arbetar inom förlossningsvården, särskilt med tanke på att det finns regioner som rapporterar lägre tillgång på barnmorskor än tidigare. Inom myndighetens uppdrag om kompetensförsörjning av barnmorskor i förlossningsvården kommer möjligheten att få fram denna uppgift kommer därför fortsatt att utredas.

Skiftarbete och tjänstgöringsschema

Förlossningen är en 24/7-verksamhet som alltid ska vara bemannad. Klinikerna har i huvudsak två typer av skiftarbete. På 18 kliniker arbetar vissa barnmorskor enbart natt, vilket innebär att övriga arbetar dag-/kväll-/helg-tjänstgöring. På 21 kliniker är natttjänstgöring inkluderad i alla tjänster så att all personal jobbar dag-/kväll-/helg-/natt-skift. Tre kliniker har annan typ av skiftarbete. En klinik har testat 12,5 timmars pass, vilket verkar ha varit uppskattat. Utvärdering sker nu.

Schemaläggning är en viktig och komplicerad uppgift inom förlossningsvården. Många hänsyn ska tas, bland annat att behovet ska täckas och hänsyn tas till frånvaro och vakanser, att skapa team med bra sammansättning och kompetens, att ta hänsyn till personalens önskemål samt att möjliggöra rotation till andra enheter.

Det finns i huvudsak tre olika typer av schemaläggning: fast schema, önskeschema, poängschema. Två kliniker använder fast schema. Vanligast är önskeschema som används av 35 kliniker och som innebär att varje anställd har ett visst antal timmar som fördelas på bästa sätt utifrån den anställdes önskemål. Två kliniker använder ett poängsystem som ger mer poäng/mer ersättning vid helger och kvällar. Den anställde får större flexibilitet och kan välja att arbeta fler eller färre timmar. Tre kliniker kombinerar önskeschema med fast eller poängschema.

Rotationstjänstgöring

Flertalet kvinnokliniker har utöver förlossningen även annan verksamhet: auroraverksamhet, fostermedicin/ultraljudsmottagning, specialistmödrahjälsövård, antenatalvård, gynekologi, BB-eftervård, tidig uppföljning efter förlossning, bäckenbottenmottagning och amningsstöd. Knappt hälften av kvinnoklinikerna ansvarar också för mödrahjälsövården inom sitt upptagningsområde.

Barnmorskorna har ofta rotationstjänstgöring mellan förlossningen och någon eller några av kvinnoklinikens verksamheter. Endast två kliniker har svarat att de inte har rotationstjänstgöring för barnmorskor. Det är stor skillnad i hur stor andel av barnmorskorna som roterar. I några fall är det endast ett fåtal barnmorskor och på andra kliniker roterar samtliga barnmorskor. Även längden på rotationsperioden skiljer sig; enstaka pass, viss tid varje vecka, 5 veckor, 10 veckor, löpande eller efter behov. Även inom en och samma klinik kan det förekomma olika periodlängder. Flera kliniker har svarat att de tillfälligt pausat rotationen p.g.a. lägre bemanning med barnmorskor/erfarna barnmorskor.

Rapporterad personalbrist

Förlossningsvården har under lång tid signalerat personalbrist, framför allt av barnmorskor. I början var det endast storstadsregionerna som hade barnmorskebrist men nu upplever alla regioner detta. I enkäten ställdes därför frågor om hur ofta kliniken upplevde brist på obstetriker, barnmorskor och undersköterskor. Svaren sammanställdes i tre grupper: varje dag, några gånger per vecka samt någon gång per månad eller mer sällan. I tabell 1 i bilaga 4 redovisas svaren från de olika förlossningsklinikerna.

Tabell 2 i bilaga 4 visar rapporterad personalbrist i relation till storregion. Av tabellen framgår det att 21 procent av klinikerna upplever en brist på barnmorskor varje dag, och nästan 60 procent upplever en brist på barnmorskor någon gång varje vecka. Endast 8 av landets 42 förlossningsklinikerna upplever brist på barnmorskor någon gång per månad eller mer sällan. Det tycks råda en rapporterad barnmorskebrist (om än i olika grad) i samtliga storregioner. En daglig brist på förlossningsläkare rapporterades från ca 10 procent av sjukhusen (samtliga i den norra regionen), 20 procent av klinikerna angav en brist varje vecka, och de återstående 70 procent av klinikerna rapporterade en brist på förlossningsläkare en gång per månad eller mer sällan. En daglig brist på undersköterskor rapporterades endast från ett sjukhus (i region Mitt/Uppsala), men 40 procent av sjukhusen rapporterade att de upplevde brist på undersköterskor minst en gång per vecka.

I tabell 3 bilaga 4 redovisas rapporterad personalbrist i relation till förlossningssjukhusens storlek. Den rapporterade bristen på barnmorskor verkar vara störst på de största sjukhusen, medan rapporterad brist på förlossningsläkare framförallt verkar vara ett problem för de små sjukhusen.

Ökat behov av grundbemanning

På en enkätfråga om ökat behov av grundbemanning svarade samtliga kliniker utom en att behovet av grundbemanning ökat i jämförelse med situationen för tre år sedan. Orsakerna till detta kan ses i tabell 4.

Tabell 4. Orsak till ökat behov av grundbemanning enligt enkätsvar

Orsak	Antal kliniker	Procent
Ökat antal induktioner pga. nya rekommendationer	35	85
Fler gravida kommer på planerade och halvakuata kontroller (t.ex. för tillväxtultraljud eller pga. minskade fosterrörelser)	31	76
Fler högriskförlossningar	22	54
Fler förlossningsrädda	21	51
Annan orsak, ange vad:	27	66

Andra orsaker till behovet av ökad grundbemanning angavs i fritext såsom:

- arbete efter principen "en födande, en barnmorska" vilket innebär att grundbemanningen behöver öka
- barnmorskorna värnar om sin arbetsmiljö vilket resulterar i behov av fler barnmorskor per pass
- ökade krav från de gravida
- ökad psykisk ohälsa

- generationsväxling där många erfarna barnmorskor har slutat
- de nyutexaminerade behöver introduktion, handledning och mentorskap
- fler patienter med högt BMI
- språksvårigheter
- social problematik/missbruk
- barnmorskekoordinator även natt och helgpas
- mer fokus på graviditetsdiabetes och graviditetshypertoni/preeklampsi – kräver mer besök
- ökat fokus på bristningar
- ökat administrativt arbete
- vårdprogram, behandlingslinjer etc.

”Bemanningen på kliniken är baserad på historiska förlossningssiffror och behöver revideras utifrån aktuell situation. Idag är de födande i större behov än tidigare av fler medicinska insatser och kontroller, detta beroende på att fler gravida idag har grundsjukdomar som tidigare inte var förenligt med graviditet. Induktionerna tar oerhört mycket tid av personalen. Vi ser även en ökad oro bland patienter och därav fler kontakter med förlossningen i slutet av graviditeten. Fler kontroller utförs, ex pga. minskade fosterrörelser.”

Enkät svar från klinik med färre än 1000 förlossningar per år

Vakanser och inhyrda barnmorskor

I enkäten frågade vi också om vakanser som inte kan täckas med fast anställd personal samt om man använde hyrbarnmorskor. 37 kliniker svarade att de hade vakanta barnmorsketjänster. Antalet vakanser varierade från tre upp till 50 stycken, beroende på förlossningsenhetens storlek. I tabell 5 redovisas vad respondenterna angav som orsaker till de vakanta tjänsterna. Det var möjligt att ange flera orsaker. Den totala siffran överstiger 100 procent eftersom det var möjligt att ange flera orsaker.

Tabell 5. Orsak till vakanta tjänster enligt enkät svar

Orsak	Antal	Procent
Pensionsavgångar	24	65
Långtidssjukskrivningar	7	19
Barnmorskor har sagt upp sig	28	76
Alltför få sökande till utlysta tjänster	33	89
Annat skäl, beskriv:	25	68
Vet inte/kan inte bedöma	0	0

Andra skäl till att man hade vakanta tjänster var:

- föräldraledig personal
- behovet av ökad grundbemanning
- upplevd hög arbetsbelastning
- önskan om bättre arbetsmiljö.

Tre kliniker angav att införandet av ”en kvinna i aktiv förlossning per barnmorska” var delvis orsaken till ett ökat behov av barnmorskor.

22 av de 37 klinikerna hyrde in barnmorskor från bemanningsföretag för att fylla en del av vakanserna.

Bemanning under semesterperioden

Vid en workshop i augusti 2022 deltog representanter från sju förlossningskliniker, både stora och mindre, och med en geografisk spridning över landet. En fråga som då diskuterades var hur bemanningen fungerat under årets semesterperiod. Samtliga kliniker angav svårigheter med bemanningen under semesterperioden. Det är nödvändigt att börja med planeringen tidigt.

För att lösa situationen så organiserade några kliniker tillfälligt om genom att stänga ned förlossnings- och antenatalplatser, minska antalet BB-platser eller flytta in antenatalplatser till förlossningen. Andra lösningar var att i god tid avtala med närliggande kliniker om att, vid behov, skicka födande, inductioner eller planerade kejsarsnitt dit. Man avtalade även med mödrahälsovården om att låna in barnmorskor därifrån.

På några ställen arbetade erfarna barnmorskor ibland dubbla pass, eller så anlätande man hyrbarnmorskor. På andra gick chefer och vårdutvecklare in och arbetade på förlossningen, men detta var inte alls bra och önskvärt ansåg alla. En del betalade barnmorskorna extra för att de skulle ta kort semester eller flytta semesterveckorna. En annan lösning var att tillfälligt ändra rutiner för handläggning av överburenhet.

Samtliga deltagare konstaterade att förlossningsvården denna sommar fungerade med hjälp av dessa tillfälliga, men inte optimala lösningar. Förslag på mer radikala åtgärder diskuterades:

1. Överbemanna barnmorsketjänsterna genom en ökad grundbemanning under hela året. Det ger en större möjlighet att bemanna semesterperioden. Under resten av året finns då möjlighet att ta ut inestående kompensationsledighet, genomföra internutbildningar och kvalitetsarbete.
2. Inrätta särskilda kombinationstjänster. Seniora barnmorskor kan under perioden september tom. maj arbeta deltid med verksamhetsutveckling, handledning eller forskning och arbeta heltid kliniskt under sommarperioden juni tom. augusti.
3. Göra en bättre/mer flexibel schemaläggning, t.ex. genom användande av poängmodell.
4. Det är viktigt att nyutbildade barnmorskor har fått en bra introduktion och känner sig trygga när semesterperioden börjar. Därför är det bättre om barnmorskorna tar sin examen i december/januari så att de kan börja arbeta på förlossningen i januari.

Mer information om planerad och faktiskt bemanning under årets semesterperiod kan fås av den undersökning som IVO nu genomför. Inom ramen för den nationella tillsynen av sjukhus med fokus på vårdplatser och bemanning, begärde IVO en särskild redovisning om förlossningsvården i samtliga regioner. Redovisningen ska innehålla uppgifter om hur regionerna planerat för att kunna möta behovet av förlossningsplatser och eftervårdsplatser samt hur man säkerställt erforderlig kompetens (barnmorske- och läkarkompetens) inom regionen vid förlossningar under sommaren 2022. Vidare begärdes redovisning av vårdgivarens utvärdering av hur planeringen mött patienternas behov jämfört med vårdgivarens planering för förlossningsvården inför sommaren 2022. Myndigheten har också begärt en redovisning av antalet faktiska disponibla förlossningsplatser och eftervårdsplatser per sjukhus under sommaren 2022.

IVO kommer innan årsskiftet presentera en sammanställning och iakttagelser utifrån vårdgivarnas svar.

Goda exempel från intervjuer och workshop

De goda exempel som Socialstyrelsen har fått ta del av kan inspirera andra kliniker, men behöver anpassas till förhållandena på aktuell klinik. Förutsättningar och resurser på regional och lokal nivå ser olika ut i landet. Några av de goda exemplen är kanske inte möjliga att genomföra vid en stor klinik men kan förbättra förlossningsvården betydligt vid en annan mindre förlossningsavdelning, och vice versa.

Niopunktsprogrammet

Niopunktsprogrammet är ett program som innefattar organisatoriska och kulturella förändringar inom förlossningsvård. Det är utvecklat av forskare och kliniskt verksamma och implementerades under 2007 – 2010 på förlossningsavdelningen i Linköping [25]. Syftet var att förbättra kvaliteten på vården och göra den mer patientsäker. De nio punkterna är följande:

- **Analys och återkoppling och av medicinskt utfall** - resultat följs upp regelbundet och presenteras för personalen på förlossningsenheten och jämförs med andra enheter, för att sätta (nya) mål för varje uppmätt variabel
- **Koordinator** - en barnmorska med utmärkta obstetriska färdigheter samt ledarskapsförmåga leder arbetet på varje skift
- **Riskbedömning och klassificering** – varje kvinna som skrivs in på förlossningsavdelningen klassificeras utifrån risk på en tregradig skala
- **Kompetensnivå barnmorskor** - barnmorskorna delas in i tre kompetensnivåer där nivån på barnmorskans kompetens kombineras med riskbedömningen av födande kvinnor, barnmorskor med hög kompetens tar hand om kvinnor med hög risk
- **Teamarbete** - barnmorskan, obstetrikern och undersköterskan arbetar tillsammans i ett team mot ett gemensamt mål: en normal förlossning för både låg- och högriskgraviditeter
- **Obstetrisk rond** – genomgång varje morgon på förlossningsavdelningen där all vårdpersonal förväntas bidra till diskussionen kring vården av kvinnorna på enheten, även fall-diskussioner vissa dagar (se Lärande rond nedan)
- **CTG-utbildning**
- **Teamträning akuta situationer**
- **Utåtriktat arbete och informationsträffar för blivande föräldrar.**

I en uppföljande studie konstaterades att nio-punktsprogrammet bidrog till att minska antalet instrumentella förlossningar och akuta kejsarsnitt utan att försämra det medicinska utfallet hos mor och barn [25]. Linköping har bjudit in 27 kliniker som har deltagit i en kurs om programmet under 2014 – 2017 och nio-punktsprogrammet har spridit sig över landet. Flertalet kliniker har implementerat hela eller delar av programmet.

För att bibehålla arbetssätten krävs att ledningsansvariga är insatta och stöder programmet så att det finns ett klinikövergripande mål att arbeta utifrån de nio punkterna. Det innebär att chefer och koordinators dagligen påminner om och knyter an till den eller de punkter i programmet som är aktuell vid ronder och olika situationer som uppstår i det dagliga arbetet. I introduktion av nya medarbetare ingår även genomgång och diskussion om nio-punktsprogrammet så att det tydligt framgår att arbetssättet används på förlossningsavdelningen.

Time-out

Ett arbetssätt som blivit alltmer etablerat hos många förlossningskliniker är att använda s.k. ”time-out” vid olika situationer som kan uppstå under förlossningen. Det innebär att hela teamet samlas och delger varandra information om situationen. Den födande involveras och man upprättar en plan för fortsatt handläggning som dokumenteras. I planen ingår även att bestämma en ny tid för uppföljning. Time-out kan användas när förlossningen blivit långdragen, när förlossningen behöver avslutas med sugklocka eller andra situationer när det behöver göras en ny planering för fortsatt handläggning.

Lärande ronder

I flera intervjuer och vid workshopen lyftes betydelsen av lärande i samband med en daglig genomgång av de patienter som är inskrivna på förlossningsavdelningen. Några kallar det för en utveckling av den mer traditionella ronden. Vid en så kallad traditionell rond styr den ansvariga läkaren diskussionen och beslutar om handläggning. I niopunktsprogrammet kallas lärande-rond för obstetrisk rond.

Vid lärande ronder är det fortfarande läkaren som har det medicinska ansvaret men enligt det som framkom under intervjuerna och på workshopen deltar hela teamet i diskussionerna på ett mer aktivt sätt. Vid en intervju berättade respondenten att initialt, när lärande rond infördes, var det svårt att få andra än läkarna att ge sina synpunkter och förslag. Men efter ett tag blev den övriga personalen mer involverad och deltog aktivt i diskussionerna.

Med en koordinator som leder lärande-ronden kan det bli mer självklart att inte enbart diskutera riskgraviditeter utan då är fokus även på den okomplicerade förlossningsprocessen. Det kan främja team-arbetet och målet att alla förlossningar oavsett grad av risk ska bli en positiv förlossningsupplevelse för den födande.

Introduktion och utbildning

Introduktion av nya medarbetare skiljer sig åt mellan klinikerna, allt från en tidsbestämd period på några veckor till en individanpassad introduktion som sträcker sig över tid upp till ett år. Seniora barnmorskor har en viktig roll i att introducera ny personal, inte enbart för barnmorskor. På några kliniker finns en rutin att nya underläkare följer en senior barnmorska för att introduceras i förlossningsavdelningens arbete. Vid en klinik får nya underläkare en barnmorska som mentor under det första året för att diskutera och lära sig om den normala okomplicerade förlossningsprocessen. Många kliniker har

mentorskap med en erfaren barnmorska även för nya barnmorskor under det första året på förlossningsavdelningen.

Ett exempel från norra Sverige är att nyutbildade barnmorskor har en introduktionsperiod i fem veckor på förlossningsavdelningen. Under den första tre-veckorsperioden arbetar den nyutbildade barnmorskan enbart dagtid utöver den ordinarie bemanningen. Under denna period handlägger den nyutbildade barnmorskan enbart patienter med låg risk. Vid en annan klinik ingår inte nyutbildade barnmorskor i grundbemanningen de första tre månaderna. Ett individualiserat introduktionsprogram, som kallas ”Trygg start”, har införts, och pågår vanligen ett år.

Några respondenter beskrev ett strukturerat introduktionsprogram för nyutbildade barnmorskor där mentorskap under ett år ingår. Under det första året leds exempelvis reflektionsgrupper en gång per månad, av en kurator. I gruppen finns möjlighet att ta upp komplicerade situationer som man ställts inför och debriefa svåra händelser. Schemalagda utbildningsdagar och specifika utbildningstillfällen samt team-träning tillsammans med andra professioner ingår också i introduktionsprogrammen.

Intern utbildning och team-träning för samtliga personalkategorier ingår som en viktig del i klinikernas kvalitets- och patientsäkerhetsarbete. De flesta kliniker har regelbunden utbildning och fortbildning, inte enbart för nyanställda, under hela året med uppehåll under sommarsemesterperioden.

Kombinationstjänster och karriärmöjligheter

Många respondenter såg ett problem i att barnmorskor med lång yrkeserfarenhet och med hög akademisk kompetens lämnar förlossningsvården. Flera ansåg att varje klinik behöver ha strategier för att få dessa barnmorskor att stanna kvar inom vården och finnas tillgängliga i det kliniska arbetet. SKR förordar också kompetensmodell/kompetensstege för att tydliggöra olika nivåer av kompetens för att nå en mer personcentrerad vård och säker vård [26].

På några kliniker erbjöd man erfarna barnmorskor s.k. kombinationstjänster som kombinerade det kliniska arbetet med att arbeta med verksamhetsutveckling och att ansvara för utbildning. Även kliniknära forskning skulle kunna inrymmas i sådana kombinationstjänster. Under sommarsemesterperioden skulle enbart klinisk tjänstgöring ingå för att bidra till att lösa behovet av kompetent personal. Kombinationstjänster kan bara erbjudas ett fåtal barnmorskor som inte kan förväntas lösa bemanningsproblem i stort, men skulle kunna få fler barnmorskor med viktig kunskap och erfarenhet att stanna kvar inom förlossningsvården.

I intervjuerna och på workshopen framkom att för att behålla kompetens inom förlossningsvården behöver det finnas karriärmöjligheter och en märkbar löneutveckling för barnmorskor med specialistutbildning, kunskap och erfarenhet. Erfarna barnmorskor med ledaregenskaper skulle kunna erbjudas att ingå i klinikledningen och få ledande funktioner med mandat att påverka utformningen av vården.

Avslutande diskussion

I det här avsnittet kommer vi att framföra våra slutsatser. Vi pekar på de utmaningar som verksamheten står inför för att driva förbättringsarbetet vidare med ökat krav på patientsäkerhet, speciellt med hänsyn tagen till förändringar av den födande populationen. Vidare betonar vi vikten av att inte bara beakta bemanningsgrad, utan att säkerställa att rätt kompetens finns tillgänglig.

Särskilt fokus har lagts på att undersöka arbetssättet ”en kvinna i aktiv förlossning per barnmorska”. Det visade sig att alla förlossningskliniker strävar mot detta mål, och flertalet kliniker säger sig uppfylla målet i de flesta fall.

Vi kan också konstatera att det har varit svårt att få en helhetssyn över bemanningssituationen på förlossningsklinikerna. De flesta kliniker vittnar om att det finns en brist på framförallt barnmorskor, men det har inte gått att få fram tillförlitliga siffror på hur många barnmorskor som faktiskt arbetar på förlossningsavdelningarna. De många rotationsanställningarna tros bidra till att göra bemanningsstatistiken svårtydd. Ett förstärkt team-arbete tycks kunna förbättra kommunikationen mellan professioner, men kräver en öppen atmosfär.

Avslutningsvis uppmärksammar vi behovet av att utveckla koordinatorrollerna för att åstadkomma en trygg miljö för både personal och patienter samt behov av att skapa karriärmöjligheter för barnmorskor för att behålla erfaren personal på förlossningsavdelningarna.

En verksamhet i förändring

I Socialstyrelsens uppdrag från regeringen ingick att, med fokus på bemanning och arbetssätt, se hur vården kan utvecklas till en mer patientnära, trygg och säker vård i förlossningssituationen. Socialstyrelsen kan konstatera att det inte finns någon enkel och självklar strategi för hur en sådan utveckling ska ske men det finns goda exempel. Inom ramen för regeringens satsning på kvinnors hälsa och förlossningsvård har flera satsningar genomförts [27].

Vid allt förändringsarbete, behöver uppföljning och utvärdering ske kontinuerligt för att implementera och vidmakthålla nya arbetssätt. Nya arbetssätt behöver också anpassas till de förhållanden och den kontext där verksamheten bedrivs.

Förlossningsvården är ett specifikt område inom hälso- och sjukvården som kräver kompetens och kunskap om både okomplicerade och komplicerade förlossningar. Vid förlossningsavdelningarna bedrivs akut verksamhet där vårdtyngd och antal patienter varierar vilket gör det svårt att planera resurser och bemanning. Ordinarie bemanning räcker inte till vid hårt tryck på verksamheten och det är svårt att planera för tillräcklig bemanning för att alltid kunna möta behoven.

Det ökade antalet inductioner är en förändring som får konsekvenser och tydligt påverkar resursåtgången inom förlossningsvården. Det krävs kompetens och yrkeskunnande vid inductioner och därmed har efterfrågan på

barnmorskor också ökat. Det behövs en ny struktur för hur vården av induktioner ska bedrivas. På många kliniker upptar idag induktionspatienter plats på förlossningsavdelningen redan vid induktionsstarten, innan ett etablerat vårkarbete har startat. På så vis blir antalet vårdplatser och därmed förlösande barnmorskor mer begränsat. Även poliklinisk verksamhet, t.ex. CTG-kontroller, preeklampsi-kontroll och vändningsförsök, som bedrivs på förlossningsavdelningar skulle kunna lyftas ut till annan verksamhet för att på så sätt frigöra vårdplatser och resurser för födande. En översyn av arbetssätt och vilken typ av medicinska åtgärder som ska göras och vilken typ av vård som ska bedrivas på en förlossningsavdelning skulle kunna bidra till en bättre arbetsmiljö och ökad trygghet för de födande.

Andelen riskgraviditeter har ökat och därmed ökad vårdtyngd [28] vilket ställer ökade krav på professionell kompetens. En ökad medvetenhet hos blivande föräldrar har även påverkat deras förväntningar och krav på förlossningsvården [28].

Värderingar kring arbete och fritid har förändrats genom åren och allt fler värdesätter en balans mellan arbetstid och egen tid, exempelvis genom en mer flexibel arbetstid [29]. Verksamheter inom hälso- och sjukvården, och särskilt akut- och förlossningsvård, behöver bemannas dygnet runt vilket försvårar att möta personalens önskemål kring schemaläggning och närvaro.

Enligt Nationella planeringsstödet rapport 2022 finns en utbredd brist i hela landet på legitimerad personal, och samtliga regioner bedömer att det är brist på barnmorskor [1]. Problem med bemanning sträcker sig över hela året och är störst under sommarsemesterperioden. Under arbetets gång har Socialstyrelsen tagit del av hur man försöker lösa problem med bemanningen vid landets förlossningskliniker. Lösningar liksom upplevelsen av brist på personal varierar mellan storstadsregionerna och övriga delar av landet.

I detta avslutande kapitel för Socialstyrelsen ett resonemang om olika arbetssätt och lösningar som kan göra vården mer patientnära, trygg och säker i förlossningssituationen.

Rätt kompetens viktigt för patientsäkerheten

I en tidigare redovisning av ett uppdrag från regeringen påtalade Socialstyrelsen att otillräcklig bemanning och kompetens påverkar patientsäkerheten genom komplexa orsakssamband [11]. Vidare konstaterades i samma rapport att otillräcklig kompetens uppfattas som en allvarligare risk än bristande bemanning och dålig arbetsmiljö.

Barnmorskor och obstetriker får sin formella kompetens under sin utbildning men behöver handledning och fortbildning i sitt kliniska arbete för att bedriva vård på ett patientsäkert sätt.

Att en koordinator fördelar patienterna efter en riskbedömning till barnmorskor utifrån deras kompetens och erfarenhet får till följd att rätt kompetens används på bästa sätt och ökar möjligheterna till en säker vård. Detta överensstämmer också med SKR:s förslag på tillvägagångssätt för att

använda kompetens rätt: ”fördelning av arbetsuppgifter utifrån medarbetarens individuella kompetens” [27].

En närvarande barnmorska

I arbetet har Socialstyrelsen särskilt fokuserat på arbetssättet ”en födande i aktiv förlossning per barnmorska”. Svenska barnmorskeförbundet, SBF, som driver att förlossningsvården ska organiseras så, har tagit fram en definition av begreppet ”En födande – en barnmorska” enligt följande:

”den födande kvinnan tilldelas en egen, namngiven barnmorska, så tidigt som möjligt under förlossningens aktiva fas eller dessförinnan vid behov. Barnmorskan bör därefter inte lämna den födande ensam under en längre stund om inte den födande så begär. I motsats till när en barnmorska tar hand om flera födande samtidigt så har barnmorskan, med detta arbetssätt, hand om en (1) födande” [30].

Socialstyrelsen kan konstatera att de allra flesta kliniker är positiva till arbetssättet ”en födande kvinna i aktiv fas per barnmorska” och menar att de uppfyller målet i de flesta fall. De tillfällen när det är många födande samtidigt på förlossningsavdelningen, strävar man efter att fördela arbetet mellan barnmorskorna så att kvinnor i aktiv förlossning har en barnmorska närvarande hos sig. Socialstyrelsen menar att det är en rimlig ambition och målsättning. Lyhördhet för kvinnans önskemål olika behov av barnmorskans närvaro under förlossningen är viktigt att ta hänsyn till för en positiv förlossningsupplevelse.

En fråga som ställdes i Graviditetsenkäten till knappt 50 000 födande åtta veckor efter förlossningen, gällde om barnmorskan hade varit närvarande i förlossningsrummet i den utsträckning som den födande önskade. På en femgradig skala skattades det i medeltal till 4,5. På en annan fråga vid samma tillfälle fick den födande ge sitt omdöme av hur hon upplevde sin förlossning på en skala från 1 till 10. Det genomsnittliga omdömet var 7,5. Däremot är kvinnor mindre nöjda när det gäller den första tiden efter förlossningen [15].

Enligt Socialstyrelsens tidigare rapport kan bristningar, blödningar, otrygghet och i vissa fall även psykologiska trauman hos kvinnan ofta gå att koppla till att personalen inte har haft tid att vara med under hela förlossningen [11]. Detta återspeglas inte i statistiken i tillräcklig utsträckning, men vittnar om att förlossningsvården behöver bidra till att skapa en större känsla av trygghet för den födande. Samtidigt visar statistiken på medicinska resultat som är bland de bästa i världen [11].

Förstärkt team-arbete

I arbetet har Socialstyrelsen särskilt fokuserat på arbetssättet ”förstärkt team-arbete”. Det framkom att det skiljer sig mellan klinikerna vad man menar med teamarbete och hur teamarbetet fungerar. Vid de förlossningsavdelningar där team-arbetet fungerar väl har klinikledningen aktivt arbetat med att förbättra kommunikationen mellan olika professioner, t.ex. genom lärande

ronder och att läkaren är involverad även i okomplicerade förlossningar. Det bidrar till att stärka teamkänslan för alla som ingår i teamet, minska risken för förhastade eller fördröjda beslut samt en ökad trygghet och respekt för varandras professioner.

Team-arbete rymmer mer än att det är två eller tre professioner runt den födande. För att ett team-arbete ska vara fungerande behöver en öppen atmosfär finnas inom teamet där teamet följer förlossningsprocessen. Det minimerar risken för brister i kommunikationen och att beslut kan fattas utan fördröjning eller för snabbt på felaktiga grunder [9].

Socialstyrelsen ser att team-arbete är avgörande för en säker förlossningsvård. För ytterligare utveckling i detta arbetssätt kan även den födande involveras i teamet, till exempel vid "time-out", för att få en mer patientnära och trygg upplevelse av förlossningen. SKR menar att en fördjupad förståelse för den födandes behov kan erhållas genom att involvera den födande i planering och genomförande av vården och då kan helt nya typer av lösningar bli aktuella [27]. Det kan bidra till att vården upplevs mer patientnära och trygg för den födande i förlossningssituationen.

Utveckla koordinatorsrollen

Koordinatorsrollen är en mycket viktig funktion som när den är väl utvecklad kan skapa en patientnära, trygg och säker vård och mer bättre arbetsmiljö. I arbetet med detta uppdrag har det varit en tydlig samstämmighet kring att seniora barnmorskor har en viktig roll inom förlossningsvården. En koordinator för det dagliga arbetet på förlossningsavdelningen behövs för att leda och fördela arbetet. Seniora barnmorskor är bäst lämpade för koordinatorsrollen och de kan även vara ett stöd och handleda nyutbildade barnmorskor och underläkare i förlossningskonst.

För att erbjuda en säker vård under hela dygnet vore det önskvärt att en koordinator finns i samtliga skift. Vissa kliniker har en tydlig arbetsbeskrivning för vad som ingår i rollen samt även vilka ledaregenskaper som krävs av en koordinator. Det bidrar till en mer trygg arbetsmiljö och ökad patientsäkerhet.

Erbjudande om rotation

Rotation mellan olika verksamheter kan vara ett sätt att få personal med kompetens och erfarenhet inom ett bredare område än enbart exempelvis förlossningsverksamhet. Det kan dock skapa oro och en känsla av att vara rotlös och i förlängningen få till följd att erfarna och seniora förlossningsbarnmorskor lämnar förlossningsvården när rotationstjänstgöring ingår. Rotation behöver bygga på frivillighet och vara ett erbjudande till den enskilda barnmorskan som hon kan tacka ja eller nej till utifrån sina önskemål och sin situation.

Karriärvägar för att behålla barnmorskor i förlossningsvården

Enligt rapporten *Förlösande för kvinnohälsan* är det särskilt viktigt att säkerställa att både nya och erfarna barnmorskor vill arbeta inom förlossningsvården, att den befintliga barnmorskeresursen tas tillvara på bästa möjliga sätt och att dygns- och säsongsvariationer i barnafödandet kan hanteras utan att kvaliteten och tryggheten för patienterna påverkas negativt [28].

På uppdrag av Socialstyrelsen gjorde Kairos Future AB 2018 en undersökning bland unga om vad de anser vara viktigt för sitt framtida yrkesliv. Uppdraget resulterade i en rapport med en analys av framtidens kompetensförsörjning för hälso- och sjukvården. Den visar att globala drivkrafter, livsstilar och värderingar har stor betydelse för hälso- och sjukvården och bidrar till ett arbetsliv i förändring [29]. Bra arbetstider och inte för mycket stress var vad unga anser vara ett absolut krav på ett bra arbete i svaren från Kairos Future AB undersökning 2018. För att behålla kompetens inom förlossningsvården i framtiden behövs bl.a. en större flexibilitet i arbetstider och individuella scheman för att möta personalens behov [29].

Det som framkommit under Socialstyrelsens arbete med uppdraget är även att nyutbildade barnmorskor har stort behov av trygghet och kontinuitet i arbetet. Förslag att återgå till fasta scheman för att arbeta i en stabil konstellation med samma kollegor kan vara svårt att genomföra. Men under introduktionsåret skulle det kunna vara en fördel för nyutbildade barnmorskor att följa en grupp av seniora barnmorskor för att på så vis stärka sin egen kompetens och uppleva trygghet i arbetet.

För att behålla seniora barnmorskor inom förlossningsvården behöver det finnas karriärmöjligheter och en större löneutveckling kopplad till kompetens och erfarenhet. Det skulle uppmuntra seniora barnmorskor att stanna kvar inom förlossningsvården.

Socialstyrelsen har tillsammans med Det Nationella Vårdkompetensrådet ett pågående uppdrag att ta fram förslag som syftar till att säkra den framtida kompetensförsörjningen av barnmorskor inom förlossningsvården. Uppdraget ska slutredovisas i 1 juni 2023.

Referenser

1. SKR. Regionernas insatser för kvinnors hälsa 2021. Vården före, under och efter graviditet samt kvinnors hälsa i övrigt. 2022. Hämtad 2022-10-24 från:
<https://skr.se/skr/halsasjukvard/vardochbehandling/kvinnorshalsa/regionernasinsatserkvinnorshalsa.33274.html>
2. Socialstyrelsen. Bedömning av tillgång och efterfrågan på legitimerad personal i hälso och sjukvård samt tandvård. Bilaga 1. Resultat av tillgång och efterfrågan på de 22 legitimationsyrkena. Nationella planeringsstödet 2022. 2022. Hämtad 2022-10-08 från:
<https://www.socialstyrelsen.se/publikationer/>
3. SFOG, Barnmorskeförbundet, S. Nationell definition av aktiv fas vid spontan förlossning enligt Svenska Barnmorskeförbundet (SBF) och Svensk Förening för Obstetrik och Gynekologi (SFOG). 2021. Hämtad 2022-10-24 från:
<https://www.barnmorskeforbundet.se/aktuellt/forbundet/ny-nationell-definition-av-aktiv-fas-vid-spontan-forlossning/>
4. Socialstyrelsen. Statistik om graviditeter, förlossningar och nyfödda barn 2020. 2021. Hämtad 2022-10-26 från:
<https://www.socialstyrelsen.se/statistik-och-data/statistik/alla-statistikamnen/graviditeter-forlossningar-och-nyfodda/>
5. Gottvall, K, Waldenström, U, Tingstig, C, Grunewald, C. In-hospital birth center with the same medical guidelines as standard care: a comparative study of obstetric interventions and outcomes. Birth. 2011; 38(2):120-8.
6. Hildingsson, I. Barnmorska hela vägen. Projekt rapport. 2021. Hämtad 2022-10-26 från:
<https://www.barnmorskeforbundet.se/aktuellt/forbundet/slutrapport-barnmorska-hela-vagen/>
7. Region Stockholm Hälso- och sjukvårdsnämnden. Utvärdering av projektet Min Barnmorska HSN 2021–2262. Tjänsteutlåtande 2021-11-04.
8. SBF. Policydokument Vårdformer. Svenska Barnmorskeförbundet. 2019. Hämtad 2022-10-24 från:
<https://www.barnmorskeforbundet.se/aktuellt/forbundet/policydokument-varldformer/>
9. Nyttan och risker med caseload midwifery: samma barnmorske-team genom graviditet, förlossning och eftervård. HTA-rapport 2022:S1. Västra Götalandsregionen, HTA-centrum & Region Skåne, HTA Syd. 2022.
10. Socialstyrelsen. Vård efter förlossning. En nationell kartläggning av vården till kvinnor efter förlossning; 2017.
11. Socialstyrelsen. Kompetensförsörjning och patientsäkerhet : hur brister i bemanning och kompetens påverkar patientsäkerheten. [Stockholm]: Socialstyrelsen; 2018.

12. Socialstyrelsen. Agera för säker vård. Nationell handlingsplan för ökad patientsäkerhet i hälso- och sjukvården 2020 - 2024; 2020.
13. Socialstyrelsen. Graviditet, förlossning och tiden efter. Nationellt kunskapsstöd för kontinuitet i vårdkedjan och vård på rätt nivå. Remissversion; 2022.
14. Norman, M, Hallberg, B, Abrahamsson, T, Björklund, LJ, Domellöf, M, Farooqi, A, et al. Association Between Year of Birth and 1-Year Survival Among Extremely Preterm Infants in Sweden During 2004-2007 and 2014-2016. *Jama*. 2019; 321(12):1188-99.
15. SKR. Graviditetsenkäten. Resultat per 1 december 2020 – 30 november 2021 (12 månader). 2022. Hämtad 2022-10-27 från: <https://rapporter.skr.se/graviditetsenkaten.html>
16. IVO. Vad har IVO sett 2019? Iakttagelser och slutsatser om vårdens och omsorgens brister för verksamhetsåret 2019. 2020. Hämtad 2022-10-27 från: <https://www.ivo.se/publicerat-material/rapporter/vad-har-ivo-sett-2019/>
17. IVO. Utvecklade arbetssätt och metoder kan minska risken för förlossningsskador. 2020. Hämtad 2022-10-27 från: <https://www.ivo.se/publicerat-material/iakttagelser-i-korthet/utvecklade-arbetssatt-och-metoder-kan-minska-risken-for-forlossningsskador/>
18. Rönnerhag, M, Severinsson, E, Haruna, M, Berggren, I. A qualitative evaluation of healthcare professionals' perceptions of adverse events focusing on communication and teamwork in maternity care. *J Adv Nurs*. 2019; 75(3):585-93.
19. Skoogh, A, Hall-Lord, ML, Bååth, C, Sandin-Bojö, A-K, Schildmeijer, K. Patient safety in intrapartum care [Elektronisk resurs] Adverse events and healthcare professionals' perceptions of patient safety, patient safety culture and teamwork. Karlstad: Karlstads universitet; 2022.
20. Boie S, Glavind J, Uldbjerg N, Steer PJ, Bor P. Continued versus discontinued oxytocin stimulation in the active phase of labour (CONDISOX): double blind randomised controlled trial. *Bmj*. 2021; 373:n716.
21. Østborg, TB, Romundstad, PR, Eggebø, TM. Duration of the active phase of labor in spontaneous and induced labors. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2017; 96(1):120-7.
22. Lundborg, L, Åberg, K, Sandström, A, Discacciati, A, Tilden, EL, Stephansson, O, et al. First stage progression in women with spontaneous onset of labor: A large population-based cohort study. *PLoS One*. 2020; 15(9):e0239724.
23. Selin, L, Wennerholm, UB, Jonsson, M, Dencker, A, Wallin, G, Wiberg-Itzel, E, et al. High-dose versus low-dose of oxytocin for labour augmentation: a randomised controlled trial. *Women Birth*. 2019; 32(4):356-63.
24. Dalbye, R, Blix, E, Frøslie, KF, Zhang, J, Eggebø, TM, Olsen, IC, et al. The Labour Progression Study (LaPS): Duration of labour following Zhang's guideline and the WHO partograph - A cluster randomised trial. *Midwifery*. 2020; 81:102578.

25. Hildebrand, E, Nelson, M, Blomberg, M. Long-term effects of the nine-item list intervention on obstetric and neonatal outcomes in Robson group 1 - A time series study. Acta Obstet Gynecol Scand. 2021; 100(1):154-61.
26. SKR. Strategier för kvinnors hälsa - före, under och efter graviditet. 2019. Hämtad 2022-11-08 från:
<https://skr.se/skr/tjanster/rapporterochskrifter/publikationer/strategierforkvinnorshalsa.65557.html>
27. SKR. Utveckla arbetssätten - Strategier för att använda kompetens rätt i hälso- och sjukvården. 2020. Hämtad 2022-11-08 från:
<https://skr.se/skr/tjanster/rapporterochskrifter/publikationer/utvecklaarbetssattenstrategierforattanvandakompetensrattihalsoochsjukvarden.65700.html>
28. Myndigheten för vård och omsorgsanalys. Förlösande för kvinnohälsan? En uppföljning av satsningen på kvinnors hälsa. 2020. Hämtad 2022-11-08 från:
<https://www.vardanalys.se/rapporter/forlosande-for-kvinnohalsan/>
29. Olsson, M, Krafft, G. Hälso- och sjukvårdens kompetensförsörjning i framtiden – en scenarioanalys fram emot 2040. Kairos Future AB. Hämtad 2022-11-08 från:
<https://www.kairosfuture.com/se/forskning/projekt/halso-och-sjukvardens-kompetensforsorjning-i-framtiden/>
30. Svenska Barnmorskeförbundet. Policydokument En födande – en barnmorska. 2022. Hämtad 2022-11-08 från:
<https://www.barnmorskeforbundet.se/aktuellt/forbundet/policydokument-en-fodande-en-barnmorska/>

Bilaga 1. Enkät till verksamhetschefer vid förlossningskliniker

OBS! Använd denna läs- och arbetsversion av enkäten i arbetet med intern informationsinsamling innan ni fyller i och skickar in webbenkäten. Den här läs- och arbetsversionen kan inte skickas in till Socialstyrelsen som svar på enkäten.

Enkät avseende förlossningsvårdens arbetssätt

Välkommen till Socialstyrelsens enkät rörande bemanning, arbetssätt och kompetensförsörjning inom förlossningsvården.

Enkäten riktas till dig som **verksamhetschef/ansvarig för en förlossningsklinik**. I enkäten ombeds du att svara på ett antal frågor som handlar om din verksamhet och då särskilt frågor rörande antal medarbetare, organisation, arbetssätt och kompetensförsörjning av barnmorskor.

Om det är några antalsuppgifter eller liknande som du inte kan besvara på egen hand ber vi dig att inhämta uppgifterna från din personalavdelning eller motsvarande funktion.

Det är frivilligt att besvara enkäten, men ditt svar är viktigt för att resultatet ska bli så heltäckande och användbart som möjligt.

För frågor om undersökningen, kontakta inga-maj.andersson@socialstyrelsen.se

För tekniska frågor, kontakta: enkät@socialstyrelsen.se

Sista svarsdag för undersökningen är **fredag den 10 juni 2022**.

Tack på förhand!

Innan du börjar svara - tänk på att:

Det är i denna enkätundersökning inte tillåtet att samla in känsliga personuppgifter, därför uppmanar vi dig att inte ange uppgifter som kan kopplas till en enskild persons hälsa eller levnadsförhållanden.

Praktiska instruktioner

- Svaren sparas när du klickar på knapparna "Nästa" längst ner på varje sida i enkäten.
- Vid paus i svarandet nås webbformuläret igen genom att klicka på länken i e-postbrevet.
- Ändringar i svaren kan göras fram till sista svarsdag.
- Sist i formuläret finns möjlighet att skriva ut svaren.

Kontaktuppgifter till uppgiftslämnare

Vi behandlar ditt namn och andra kontaktuppgifter för att vid behov kunna ta kontakt om dina svar på enkäten behöver kompletteras.

Namn på ansvarig för ifyllandet
av denna enkät:

Tel.nr:

E-postadress:

Befattning:

Region:

Sjukhus:

Klinik:

För mer information om registrerades rättigheter se: <https://www.socialstyrelsen.se/personuppgifter>

Har du frågor eller funderingar om personuppgiftsbehandling på Socialstyrelsen kan du kontakta dataskyddsombudet på dataskyddsombud@socialstyrelsen.se

1. Har din verksamhet ett specifikt regionalt uppdrag när det gäller förlossningsvården?Ja Nej **Om ja, beskriv detta uppdrag:**Klicka eller tryck här för att ange text.
.....**2. Tillhör din verksamhet ett universitetssjukhus?**Ja Nej

Förlossningsklinikens organisation

3. Vilka vårdtyper finns inom din verksamhet?

Flera svarsalternativ kan anges.

- Mödrahälsovård
- Aurora
- Fostermedicin/
Ultraljudsmottagning
- Specialistmödrahälsovård
- Antenatal
- Förlossning
- Gynekologi
- BB-eftervård
- Tidig uppföljning efter
förlossning
- Bäckenbottenmottagning
- Amningsstöd
- Annat, ange: Klicka eller tryck här för
att ange text.....

3a. Roterar barnmorskorna mellan förlossningen och de olika vårdtyperna?

- Ja
- Nej

Fråga 3b-d besvaras av de som svarat 'Ja' på fråga 3a.

3b. Mellan vilka vårdtyper roterar barnmorskorna och hur långa perioder arbetar de på varje vårdtyp?

Flera svarsalternativ kan anges.

Mellan slutenvårdsenheter obstetrik (t.ex. Förlossning och BB)

Mellan obstetriska öppen- och slutenvårdsenheter på sjukhuset (t.ex. Förlossning och Fostermedicin)

Mellan obstetrik och gynekologi (t.ex. Förlossning/Gynavdelning)

Mellan sjukhus och mödrahälsovård (t.ex. Förlossning och Barnmorskemottagning)

Annan rotation, beskriv: [Klicka eller tryck här för att ange text.....](#)

Plats för kommentar:

[Klicka eller tryck här för att ange text.](#).....

3c. Hur långa perioder arbetar de på varje vårdtyp? Beskriv:

[Klicka eller tryck här för att ange text.](#).....

3d. Hur stor andel av era barnmorskor på förlossningen roterar, enligt vad ni angivit i fråga 3b?

[Klicka eller tryck här för att ange text.](#).....

Riskpatienter

4. Vilka typer av riskpatienter vårdas i din verksamhet?

Flera svarsalternativ kan anges.

Förväntad komplicerad förlossning
(fetal eller maternell orsak)

Före graviditetsvecka 28

Före graviditetsvecka 32

Ingen av dessa

Plats för kommentar:

[Klicka eller tryck här för att ange text.](#)

Rondning

5. Vilka patienter rondas av läkare på förlossningsavdelningen?

Samtliga

Endast riskpatienter

Hemförlossning

6. Enligt din kännedom, förekommer hemförlossningar i ert upptagningsområde?

Flera svarsalternativ kan anges.

Ja, i vår regi (knutet till
vårt sjukhus)

Ja, i privat regi (av privata
barnmorskor)

Nej

Vet inte

Kejsarsnitt

7. Har ni överlåtit genomförandet av samtliga planerade kejsarsnitt till annan närliggande verksamhet?

Ja, till vilken verksamhet: Klicka eller tryck här för att ange text.....

Nej

Plats för kommentar:

Klicka eller tryck här för att ange text.
.....

Bemanning

8. Finns det både barnmorskor och sjuksköterskor på de BB-avdelningar som är knutna till er verksamhet?

Ja, både barnmorskor och sjuksköterskor

Nej, endast barnmorskor

Nej, endast sjuksköterskor

Plats för kommentar:

Klicka eller tryck här för att ange text.
.....

9. Finns det en koordinator/samordnare i er kliniska förlossningsverksamhet?

Ja

Nej

Om ja, vad ingår i denna roll?

Klicka eller tryck här för att ange text.
.....

10. Ange antalet årsarbetare i de olika yrkeskategorierna på er förlossningsavdelning, den 1 maj 2022 och ange den budgeterade grundbemanningen samt antal anställda personer på avdelningen den 1 maj 2022 (inklusive deltidsanställningar).

Frågan avser personalen på förlossningen. I de fall som personer tjänstgör deltid på andra enheter, försök uppskatta antalet årsarbetare på förlossningen.

Årsarbetare beräknas på följande sätt:

* Person som är anställd men är tjänstledig och har ersatts med vikarie, t.ex. föräldralediga eller långtidssjuka, ska inte räknas med, utan då räknas vikarien.

* Beräkning av antal årsarbetare: Antal årsarbetare räknas fram med hjälp av den faktiska sysselsättningsgraden för månadsavlönade och arbetade timmar för timavlönade.

Månadsavlönade: En månadsavlönad person som arbetar heltid och har en sysselsättningsgrad på 100 % utgör 1,00 årsarbetare. En månadsavlönad som arbetar halvtid har en sysselsättningsgrad på 50 % och utgör 0,50 årsarbetare.

Timavlönade: För timavlönade beräknas årsarbetstiden utifrån antal arbetade timmar under **april månad 2022** dividerat med 165, vilket är en schablon för heltidssysselsättning för en månad.

Svara med max 2 decimaler. Om antalet är noll, ange 0.

	Antal årsarbetare	Budgeterat antal årsarbetare (= grundbemanning)	Antal anställda (inklusive deltidsanställda)	Plats för eventuella kommentarer:
Obstetriker	Klicka eller tryck här för att ange text.....	Klicka eller tryck här för att ange text.....	Klicka eller tryck här för att ange text.....	Klicka eller tryck här för att ange text.....
Barmorskor	Klicka eller tryck här för att ange text.....	Klicka eller tryck här för att ange text.....	Klicka eller tryck här för att ange text.....	Klicka eller tryck här för att ange text.....
Undersköterskor	Klicka eller tryck här för att ange text.....	Klicka eller tryck här för att ange text.....	Klicka eller tryck här för att ange text.....	Klicka eller tryck här för att ange text.....
*Annan yrkeskategori	Klicka eller tryck här för att ange text.....	Klicka eller tryck här för att ange text.....	Klicka eller tryck här för att ange text.....	Klicka eller tryck här för att ange text.....

***Om andra yrkeskategorier angivits, ange vilka dessa är:**

Klicka eller tryck här för att ange text.....

Plats för kommentar:

Klicka eller tryck här för att ange text.....

11. Har behovet av grundbemanning ökat i jämförelse med situationen för tre år sedan?Ja Nej Vet inte *Fråga 11a besvaras av de som svarat 'Ja' på fråga 11.***11a. Vad är orsakerna till behovet av ökad grundbemanning?***Flera svarsalternativ kan anges.*Ökat antal induktioner pga. nya rekommendationer Fler gravida kommer på planerade och halvvakuta kontroller (t.ex. för tillväxtultraljud eller pga. minskade fosterrörelser) Fler högriskförlossningar Fler förlossningsrädda Annan orsak, ange vad: [Klicka eller tryck här för att ange text.](#)Vet inte **Plats för kommentar:**[Klicka eller tryck här för att ange text.](#)**12. Hur många barnmorskor har avslutat sin anställning på er förlossningsklinik, av annan anledning än pension, under de senaste 12 månaderna?***Ange antal (heltal):*[Klicka eller tryck här för att ange text.](#)**Plats för kommentar:**[Klicka eller tryck här för att ange text.](#)

13. Finns det i nuläget vakanta barnmorsketjänster på er klinik som inte kan täckas med fast anställd personal?

Ja, ange hur många tjänster: Klicka eller tryck här för att ange text.....

Nej

Plats för kommentar:

Klicka eller tryck här för att ange text.....

Frågorna 13a-b besvaras av de som svarat 'Ja' på fråga 13.

13a. Bemannas i nuläget några av de vakanta barnmorsketjänsterna med hjälp av barnmorskor som är inhyrda för en längre period (mer än en månad)?

Ja, ange hur många tjänster: Klicka eller tryck här för att ange text.....

Nej

13b. Vad bedömer du är de bakomliggande orsakerna till att ni har vakanta barnmorsketjänster på kliniken?

Flera svarsalternativ kan anges.

Pensionsavgångar

Långtidssjukskrivningar

Barnmorskor har sagt upp sig

Alltför få sökande till utlysta tjänster

Annat skäl, beskriv: Klicka eller tryck här för att ange text.....

Vet inte/kan inte bedöma

Bemanningsscheman, skiftarbete**14a. Vilken typ av bemanningsschema använder ni för barnmorskor?**

Önskeschema: Varje anställd har ett visst antal timmar som fördelas på bästa sätt utifrån egna önskemål.

Poängmodell: Ett poängsystem som ger mer poäng/mer ersättning vid helger och kvällar. Möjlighet att välja att arbeta fler eller färre timmar.

Fast schema

Önskeschema

Poängmodell

Annat, beskriv: Klicka eller tryck här för att ange text.
.....

Plats för kommentar:

Klicka eller tryck här för att ange text.
.....

14b. Vilken typ av bemanningsschema använder ni för undersköterskor?

Fast schema

Önskeschema

Poängmodell

Annat, beskriv: Klicka eller tryck här för att ange text.
.....

Plats för kommentar:

Klicka eller tryck här för att ange text.
.....

15. Vilken typ av skiftarbete har ni?

Två typer av tjänstgöringsschema finns:

Dag-/kväll-/helg-tjänstgöring resp. enbart natttjänstgöring

En typ av tjänstgöringsschema finns: Dag-/kväll-/helg-/natt-tjänstgöring

Annan typ av skiftarbete

Vid annan typ av skiftarbete, beskriv detta och ange antal timmar som ingår i en heltidstjänst:

Klicka eller tryck här för att ange text.
.....

Frågorna 15a-b besvaras av de som markerat det första alternativet på fråga 15.

15a. Hur många timmars arbetsvecka har en barnmorska med en heltidstjänst dag/kväll/helg?

Klicka eller tryck här för att ange text.
.....

Plats för kommentar:

Klicka eller tryck här för att ange text.
.....

15b. Hur många timmars arbetsvecka har en barnmorska med en heltidstjänst natt?

Klicka eller tryck här för att ange text.
.....

Plats för kommentar:

Klicka eller tryck här för att ange text.
.....

Fråga 15c besvaras av de som markerat det andra alternativet på fråga 15.

15c. Hur många timmars arbetsvecka har en barnmorska med en heltidstjänst dag/kväll/helg/natt?

Klicka eller tryck här för att ange text.
.....

Plats för kommentar:

Klicka eller tryck här för att ange text.
.....

Hur ofta har följande förekommit...

16. Hur ofta har följande förekommit i din verksamhet de senaste 12 månaderna?

	Varje dag	Några gånger/ vecka	Någon gång/ månad	Några gånger/år	Aldrig/ i stort sett aldrig
Brist på barnmorskor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brist på obstetiker	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brist på erfarna barnmorskor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brist på undersköterskor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Problem med IT eller annan teknisk utrustning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

17. Hur ofta under de senaste 12 månaderna har ni behövt ta in bemanningspersonal för korta inhopp (upp till en månad) för att ersätta...

	Varje dag	Några gånger/ vecka	Någon gång/ månad	Några gånger/år	Aldrig/ i stort sett aldrig
...obstetiker?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...barnmorskor?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Hänvisning

18. Hur ofta under de senaste 12 månaderna har ni hänvisat patienter till annan förlossningsklinik av följande skäl?

	Varje dag	Några gånger/ vecka	Någon gång/ månad	Några gånger/år	Aldrig/ i stort sett aldrig
Brist på förlossningsrum	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brist på barnmorskor	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Brist på neonatalplatser	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Om patienter hänvisats till förlossningskliniker av andra skäl, beskriv skälen:

[Klicka eller tryck här för att ange text.](#)

Vårdmodell

19. Vad använder ni för vårdmodell/-er i förlossningsvården?

Traditionell modell: Mödrahälsovård och eftervård bedrivs fristående från förlossnings-vården, organiserat under förlossningskliniken, primärvården eller drivs privat.

Barnmorskekontinuitet (sk. caseload midwifery): Kvinnan vårdas av samma grupp av barnmorskor under hela processen, mödrahälsovård - förlossning - eftervård. Detta innebär att barnmorskor från mödrahälsovården är med under förlossningen. Ofta erbjuds barnmorskekontinuitet enbart till vissa kvinnor, t.ex. till förlossningsrädda.

Flera svarsalternativ kan anges.

Traditionell modell

Barnmorskekontinuitet

Annan vårdmodell

Om ni använder en annan vårdmodell än traditionell, beskriv denna och ange för- och nackdelar med modellen:

[Klicka eller tryck här för att ange text.](#)

Barnmorskekontinuitet

Frågorna 20 och 20a besvaras av de som på fråga 19 markerat 'Barnmorskekontinuitet'.

20. Vilka patientgrupper i din verksamhet erbjuds barnmorskekontinuitet?

Flera svarsalternativ kan anges.

Samtliga patientgrupper

Förstföderskor

Riskpatienter

Förlossningsrädda

Andra patientgrupper, beskriv:

[Klicka eller tryck här för att ange text.](#)

Plats för kommentar:

[Klicka eller tryck här för att ange text.](#)

20a. När ni införde barnmorskekontinuitet, vilka andra förändringar i verksamheten behövde ni då genomföra?

Flera svarsalternativ kan anges.

Kompetensutveckling av
mödrahälsovårdsbarnmorskor

Kompetensutveckling av
förlossningsbarnmorskor

Anställning av fler barnmorskor

Omarbetning av bemanningsprinciper och
rutiner

Införande av rotationstjänstgöring

Omförhandling av avtal med privata vårdgivare

Tydliggörande av ansvar

Annan förändring, beskriv:

[Klicka eller tryck här för att ange text.](#)

Inga förändringar

Plats för kommentar:

[Klicka eller tryck här för att ange text.](#)

Barnmorskekontinuitet**21. Vilken är din inställning till barnmorskekontinuitet?**

1 (Mycket
negativ)

2

3

4

5 (Mycket
positiv)

Vet inte

Vill inte svara

Utveckla gärna ditt svar:

[Klicka eller tryck här för att ange text.](#)

Lättvårdsenheter

22. Finns en lättvårdsenhet inom er verksamhet, för lågriskpatienter som förväntas ha en okomplicerad förlossning?

Ja

Nej

Plats för kommentar:

[Klicka eller tryck här för att ange text.](#)

22a. Vilken är din inställning till lättvårdsenheter?

	1 (Mycket negativ)	2	3	4	5 (Mycket positiv)	Vet inte	Vill inte svara
Lättvårdsenheter	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Utveckla gärna ditt svar:

[Klicka eller tryck här för att ange text.](#)

Teamarbete

23. Bedriver ni någon form av teamarbete?

Ja

Nej

Om ja, beskriv kortfattat teamens sammansättning och arbetssätt: Beskriv också eventuella fördelar med teamarbetet:

[Klicka eller tryck här för att ange text.](#)

Frågorna 23a besvaras av de som svarat Ja på fråga 23.

23a. Vilka eventuella förändringar skulle du vilja göra i ert teamarbete?

[Klicka eller tryck här för att ange text.](#)

"En kvinna i aktiv förlossning"

Med utgångspunkt från SFOGs och SBFs definition från 2021-06-23 definierar Socialstyrelsen den aktiva fasen i förlossningen som regelbundna smärtsamma sammandragningar i kombination med att modermunnen är öppen minst fem cm.

24. Vilken är din inställning till arbetssättet "en kvinna i aktiv förlossning per barnmorska"?

	1 (Mycket negativ)	2	3	4	5 (Mycket positiv)	Vet inte	Vill inte svara
En kvinna i aktiv förlossning per barnmorska	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Utveckla gärna ditt svar:

Klicka eller tryck här för att ange text.
.....

24a. Hur många kvinnor i aktiv förlossning ansvarar i nuläget en och samma barnmorska som mest för, i din verksamhet?

- 1
- 2
- 3
- 4 eller fler

Plats för kommentar:

Klicka eller tryck här för att ange text.
.....

24b. Har ni en policy/rutin om "en kvinna i aktiv förlossning per barnmorska"?

- Ja
- Nej

Fråga 24c besvaras av de som svarat Ja på fråga 24b.

24c. Behövde ni göra några förändringar vid införandet av "en kvinna i aktiv förlossning per barnmorska"?

Ja

Nej

Om ja, ange vilka förändringar:

Klicka eller tryck här för att ange text.
.....

Fråga 24d besvaras av de som svarat Nej på fråga 24b.

24d. Vilka förändringar tror du behöver genomföras för att införa "en kvinna i aktiv förlossning per barnmorska"?

Klicka eller tryck här för att ange text.
.....

Tillämpningar, rutiner, riktlinjer

25. Har ni skriftliga riktlinjer/rutiner om antal kvinnor med nyfödda/familjer på BB per barnmorska/sjuksköterska?

Ja, ange hur många familjer per barnmorska: Klicka eller tryck här för att ange text.
.....

Nej

26. Har er verksamhet skriftliga riktlinjer/rutiner för följande?

	Ja	Nej
Två personer vid utdrivningsskedet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Två personer vid undersökning av förlossningsbristningar och vid efterföljande suturering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
---	--------------------------	--------------------------

Plats för kommentar:

Klicka eller tryck här för att ange text.
.....

27. Har det genomförts några insatser under de senaste tre åren för att få fler barnmorskor till din verksamhet, alternativt att behålla de som finns?

Ja

Nej

Fråga 27a besvaras av de som svarat Ja på fråga 27.

27a. Vilka insatser har genomförts för att få fler barnmorskor i din verksamhet, alternativt för att behålla de som finns?

Flera svarsalternativ kan anges.

Högre lön

Kortare arbetstid

Mer flexibelt arbetsschema

Tydliggjort karriärmöjligheter

Bekostad barnmorskeutbildning

Ändrade arbetssätt

Annan insats, beskriv:

Klicka
eller tryck
här för att
ange text.....

28. Har ni en karriärplan för barnmorskor?

Ja

Nej

Plats för kommentar:

Klicka eller tryck här för att ange text.
.....

29. Har ni ett fastställt program för introduktion av nyanställda barnmorskor?

Ja

Nej

Om ja, hur länge pågår en introduktionsperiod?

Klicka eller tryck här för att ange text.
.....

VFU-platser

Det har gjorts försök att bygga ut barnmorskeutbildningen, en svårighet som har lyfts är brist på VFU-platser.

30. Hur många VFU-platser har ni för barnmorskestudenter?

Ange antal:

Klicka eller tryck här för att ange text.
.....

30a. Vad behövs i er verksamhet för att ni ska kunna ha fler VFU-platser än i dagsläget?

Klicka eller tryck här för att ange text.
.....

Förbättringsförslag

31. Har ni några förslag på hur man långsiktigt kan göra det mer attraktivt att arbeta som barnmorska i förlossningsvården?

Klicka eller tryck här för att ange text.
.....

Avslutande kommentarer

32. Utrymme för sammanfattande eller övriga kommentarer avseende temat för denna enkät, förlossningsvårdens arbetssätt:

Klicka eller tryck här för att ange text.
.....

Tack för Era svar!

Bilaga 2. Beskrivning av metod och variabler

Källa till tabeller och figurer i avsnittet Medicinskt utfall är hämtade från Socialstyrelsens Medicinska födelseregister under en femårs-period, 2016–2020. Avsnittet är deskriptivt, och resultaten redovisas genomgående i form av procent. För att redovisa säkerheten i estimaten, framförallt vid sjukhusjämförelser, är 95-procentiga konfidensintervall redovisade. Dessa är framtagna genom normal-approximering.

Definitioner och källor till de variabler som redovisas i figurerna.

Variabel	Beskrivning	Källa, variabelnamn i MFR
Planerat kejsarsnitt	Avser vanligtvis kejsarsnitt som varit beslutat minst åtta timmar innan det utförs	Kombination av MFR-variabler SECFOR, SECAVSL och ELEKAKUT.
Akut kejsarsnitt	Avser vanligtvis kejsarsnitt utförs inom åtta timmar från beslut	Kombination av MFR-variabler SECFOR, SECAVSL och ELEKAKUT.
Vaginal förlossning	Förlossning som inte avslutats med kejsarsnitt	Frånvaro av kejsarsnitt, se ovan
Induktion	Förlossningen startad med induktion som den är rapporterad till Socialstyrelsen. Definitionen kan variera mellan sjukhus.	FLINDUKT
Graviditetslängd, fulla veckor, fullgången graviditet	Antal kompletta veckor av graviditet, beräknad enligt Socialstyrelsens 'bästa skattning', framförallt baserad på ultraljudsdiagnostik. En fullgången graviditet är en graviditet som varat i 37 fulla veckor eller mer (v37+0 eller mer).	GRDBS
Sfinkterruptur	Bristning i den anala slutmuskeln (ej inkluderande tarmslemhinnan = perinealbristning grad 3, inkluderande tarmslemhinnan = perinealbristning grad 4).	Markering i checkbox "SFINKTER" Eller Diagnoskod "O702"- "O703" i variabler MDIAG1-12.
Perinatal död	Dödfödd eller död under första levnadsveckan	DODFOD=1,2 eller DODDAGAR 0-6
Apgarpoäng, Apgar <7 vid 5 minuter	Apgarpoängssystem mäter barnets hälsa efter 1,5 och 10 minuter. För var och en av parametrarna andning, hjärtfrekvens, hudfärg, tonus, och rethbarhet kan barnet få 0,1, eller 2 poäng. Maxpoängen är således 10. Poäng <7 vid fem minuter är ett internationellt använt mått på att barnet är medtaget efter förlossningen. För att undersöka förekomst av fosterasfyxi används oftast gränsen <4 vid fem minuter.	APGAR5

Bilaga 3. Antal förlossningar per sjukhus, dag och timme, 2020

Tabell 1 visar fördelningen av antal förlossningar per dag för var och en av de 42 förlossningsklinikerna. För Akademiska sjukhuset, var medianantalet förlossningar per dag 12. I ungefär 5 % av dagarna var det endast 7 dagliga förlossningar, och under andra 5 % var antalet dagliga förlossningar 17 (dvs. 95:e percentilen).

Tabell 1. Fördelning av antal förlossningar per dag, 2020

	Percentil						
	5	10	25	50	75	90	95
AS, Upps	7	7	10	12	14	16	17
BB Stock	8	8	9	12	13	15	16
Boden-Lu	3	3	4	5	6	9	9
Bollnäs	1	1	2	2	3	4	5
Borås	2	4	7	9	10	13	13
Danderyd	13	13	15	18	22	24	25
Eksjö	1	1	2	3	5	6	7
Eskilstu	2	2	3	4	6	8	9
Falun	4	5	6	8	10	13	17
Gälliva	1	1	1	2	2	4	5
Gävle	2	2	3	5	6	8	9
Halmstad	2	2	4	5	7	8	9
Helsingb	5	6	8	9	10	14	15
Jönköping	2	2	4	5	7	9	10
Kalmar	1	2	3	4	5	8	9
Karlskro	2	2	3	4	7	8	10
Karlstad	3	4	4	6	9	10	11
Karolins	14	16	18	22	24	26	28
Kristian	2	2	4	6	8	9	10
Linköpi	4	4	6	8	9	10	11
Lycksele	1	1	1	1	2	2	5
Norra Ä	4	6	8	9	11	12	13
Norrköp	2	3	5	6	8	9	9
Nyköpin	1	1	2	3	4	5	6
Sahlgren	19	21	25	27	29	34	36
Skarabor	4	4	5	7	8	10	11
Skelleft	1	1	2	2	3	5	6
Sundsval	2	2	3	4	7	9	9
SUS_Malm	16	19	22	24	26	29	31
Södersj	15	16	19	21	23	28	29
Södert	2	3	5	7	8	9	10
Umeå	3	3	4	5	6	7	8
Varberg	2	2	5	6	7	10	10
Visby	1	1	1	1	2	4	4

	Percentil						
Värnamo	1	1	1	2	4	5	6
Väster	4	4	6	7	9	11	11
Västerv	1	1	2	2	3	4	4
Växjö	2	3	4	5	7	9	9
Ystad	1	1	2	4	5	6	6
Örebro	5	6	7	10	12	14	15
Örnskö	1	1	1	2	3	4	4
Östersu	1	1	3	4	5	5	7

I tabell 2 har de i tabell 1 redovisade antalet förlossningar omvandlats till heltidstjänster. Det approximerades att en heltidstjänst omfattade 35 timmar * 45 veckor (=1575 timmar), och att varje kvinna var ungefär 5 timmar i aktiv förlossning innan hon födde. För att klara målsättningen ”en barnmorska per kvinna i aktiv förlossning” i Uppsala i 50% av dagarna, skulle det enligt tabell 2 behövas 14 heltidstjänster. För att klara 95% av alla dagar skulle det behövas 20 tjänster. I hela Sverige var motsvarande antal heltidstjänster 357 för att uppfylla målsättningen vid 50 procent av dagarna, och 577 för att klara 95 procent av dagarna.

Tabell 2. Antal förlossningar per dag omräknade till helårstjänster för barnmorskor

	Percentil						
<	5	10	25	50	75	90	95
AS, Upps	8	8	12	14	16	19	20
BB Stock	9	10	10	14	15	17	19
Boden-Lu	4	4	5	6	7	10	10
Bollnäs	1	1	2	2	4	5	6
Borås	3	5	8	10	12	15	16
Danderyd	15	15	17	21	26	28	29
Eksjö	1	1	2	4	6	7	8
Eskilstu	2	3	4	5	7	9	10
Falun	4	6	7	9	12	15	20
Gälliva	1	1	1	2	2	4	6
Gävle	2	2	4	6	7	9	10
Halmstad	2	2	5	6	8	9	10
Helsingb	6	7	9	10	12	16	18
Jönköping	2	3	5	6	8	10	11
Kalmar	1	2	4	5	6	9	11
Karlskro	2	2	4	5	8	9	11
Karlstad	3	5	5	7	10	12	13
Karolins	17	19	21	26	28	31	33
Kristian	2	3	5	7	9	10	12
Linköpi	4	5	7	9	10	12	13
Lycksele	1	1	1	1	2	2	5
Norra Ä	4	7	9	10	13	14	15

	Percentil						
Norrköping	3	4	6	7	9	10	10
Nyköpin	1	1	2	4	5	6	6
Sahlgren	22	25	29	31	34	39	42
Skarabor	5	5	6	8	9	12	13
Skelleft	1	1	2	2	4	6	8
Sundsval	2	3	4	5	8	10	11
SUS_Malm	18	22	26	28	30	34	36
Södersj	17	19	22	24	27	32	33
Södert	3	4	6	8	9	10	12
Umeå	3	4	5	6	7	8	10
Varberg	2	3	6	7	8	11	12
Visby	1	1	1	1	2	4	5
Värnamo	1	1	1	2	4	6	7
Väster	5	5	7	8	10	13	13
Västerv	1	1	2	2	4	5	5
Växjö	2	4	5	6	8	10	10
Ystad	1	1	2	5	6	7	7
Örebro	6	7	8	12	14	16	17
Örnskö	1	1	1	2	4	5	5
Östersu	1	1	4	5	6	6	8
Summa heltids-tjänster	189	222	289	357	434	521	577

Tabell 2 visade antalet heltidstjänster för barnmorskor som skulle behövas för att i genomsnitt klara målsättningen i 5 %, 10 %, 25 %, 50 %, 75 %, 90 %, respektive 95 % av dagarna. Tabellen visar dock inte eventuella krockar och toppar inom dygnen. I tabell 4 har istället belastningen beräknats timme för timme vid de olika förlossningssjukhusen. I det medicinska födelserregistret finns detaljerad information om födelsetidpunkt. Hur länge varje kvinna varit i aktiv förlossning fick däremot approximeras. Aktiv förlossning definierades som förlossning då modermunnen var öppen 5 cm eller mer. Varje kvinna blev tilldelad en schablontid, motiverad av litteraturgenomgång som gjorts och som redovisas i [3, 20-24]. De schabloner som användes redovisas i Tabell 3.

Tabell 3. Schabloner som använts för att beräkna antal kvinnor i aktiv förlossning, antal timmar

	Förstfödelskor		Omfödelskor	
	Induktion	Spontana	Induktion	Spontana
Beräknad tid i aktiv förlossning	8,5	5,5	6	3

Tabell 4 visar antalet heltidstjänster som skulle behövas vid de olika sjukhusen för att klara målsättningen att det finns en barnmorska per kvinna i aktiv förlossning vid 5,10,25,50,75,90, respektive 95 procent av alla timmar. Dessa krav är väsentligt högre än de som redovisades i tabell 2 eftersom enskilda

toppar olika timmar också kommer att beaktas vid uträkningarna timme-för-timme.

Enligt tabell 4 skulle det, i hela riket, behövas 362 heltidstjänster för att klara målsättningen vid 50 procent av alla timmar. Skulle man ha målsättningen att klara målsättningen 'en barnmorska per kvinna i aktiv förlossning' vid 95 procent av alla timmar, skulle det i riket behövas 873 heltidstjänster. Det ska noteras att uträkningen endast medräknar det antal barnmorskor som behövs för kvinnor i aktiv förlossning. Alla arbetstimmar som går åt till andra arbetsuppgifter (som t.ex mottagande, inskrivning, dokumentation, stöd under öppningsfasen) är inte medräknade.

Tabell 4. Beräkning av antal heltidstjänster (barnmorsketjänster) som behövs för att klara målsättningen 'en barnmorska per kvinna i aktiv förlossning'

	Percentil						
	5	10	25	50	75	90	95
Akademiska sjukhuset, Uppsala	0	6	11	17	22	28	33
BB Stockholm	0	6	11	17	22	22	28
Boden-Luleå	0	0	0	6	11	17	17
Bollnäs-	0	0	0	0	6	11	11
Borås	0	0	6	11	17	22	22
Danderyd	6	11	11	22	28	33	39
Eksjö	0	0	0	6	6	11	11
Eskilstuna	0	0	0	6	11	17	17
Falun	0	0	6	11	17	22	22
Gällivare	0	0	0	0	0	6	6
Gävle	0	0	0	6	11	11	17
Halmstad	0	0	0	6	11	17	17
Helsingborg	0	0	6	11	17	22	28
Jönköping	0	0	0	6	11	17	17
Kalmar	0	0	0	6	11	11	17
Karlskoga	0	0	0	0	0	0	0
Karlskrona	0	0	0	6	6	11	17
Karlstad	0	0	6	11	11	17	22
Karolinska sjukhuset, Sthlm	11	11	17	28	33	44	44
Kristianstad	0	0	0	6	11	17	17
Linköping	0	0	6	11	11	17	22
Lycksele	0	0	0	0	0	6	6
NorraAlv	0	0	6	11	17	22	22
Norrköping	0	0	0	6	11	17	17
Nyköping	0	0	0	0	6	11	11
Örebro	0	0	6	11	17	22	28
Örnsköldsvik	0	0	0	0	6	6	11
Östersund	0	0	0	6	6	11	11
Sahlgrenska	17	22	28	33	44	56	61
Skaraborg	0	0	6	6	11	17	22

	Percentil						
Skellefteå	0	0	0	0	6	6	11
Södersjukhuset	6	11	17	28	33	39	44
Södertälje	0	0	6	6	11	17	22
Sundsvall	0	0	0	6	11	11	17
SUS_Malmö	11	17	22	28	39	50	56
Umeå	0	0	0	6	11	11	17
Varberg	0	0	0	6	11	17	17
Värnamo	0	0	0	0	6	11	11
Västerås	0	0	6	11	17	17	22
Västervik	0	0	0	0	6	6	11
Växjö	0	0	0	6	11	17	17
Visby	0	0	0	0	6	6	6
Ystad	0	0	0	6	6	11	11
Riket, helårstjänster	50	83	172	362	562	756	873

Bilaga 4. Rapporterad personalbrist

Tabell 1. Rapporterad personalbrist per förlossningsklinik

"1" motsvarar svarsalternativ "ja", medan "0" motsvarar svarsalternativet "nej"

	Rapporterad brist på barnmorskor			Rapporterad brist på förlossningsläkare			Rapporterad brist på undersköterskor		
	Varje dag	Varje vecka	Mer sällan	Varje dag	Varje vecka	Mer sällan	Varje dag	Varje vecka	Mer sällan
Södersjukhuset	1	0	0	0	0	1	0	1	0
Karolinska universitetssjukhuset	1	0	0	0	1	0	0	0	1
Akademiska sjukhuset	1	0	0	0	0	1	1	0	0
Danderyds sjukhus	0	1	0	0	0	1	0	0	1
Mälarsjukhuset	0	1	0	0	1	0	0	1	0
Södertälje sjukhus	0	1	0	0	1	0	0	1	0
Nyköpings lasarett	0	1	0	0	0	1	0	1	0
BB Stockholm	0	1	0	0	0	1	0	1	0
Universitetssjukhuset i Linköping	1	0	0	0	0	1	0	1	0
Länssjukhuset Ryhov	0	0	1	0	0	1	0	0	1
Vrinnevisjukhuset i Norrköping	0	1	0	0	0	1	0	0	1
Höglandssjukhuset Eksjö	0	1	0	0	0	1	0	1	0
Centrallasarettet Växjö	0	1	0	0	1	0	0	1	0
Värnamo sjukhus	0	1	0	0	1	0	0	0	1
Västerviks sjukhus	0	1	0	0	0	1	0	0	1

	Rapporterad brist på barnmorskor			Rapporterad brist på förlossningsläkare			Rapporterad brist på undersköterskor		
Länssjukhuset i Kalmar	0	1	0	0	0	1	0	1	0
Visby lasarett	0	1	0	0	0	1	0	0	1
Blekingesjukhuset	0	0	1	0	1	0	0	0	1
Centralsjukhuset Kristianstad	0	1	0	0	0	1	0	0	1
Skånes Universitetssjukhus	0	1	0	0	0	1	0	0	1
Helsingborgs lasarett	0	0	1	0	0	1	0	0	1
Lasarettet i Ystad	0	1	0	0	0	1	0	1	0
Hallands sjukhus Halmstad	1	0	0	0	1	0	0	1	0
Hallands sjukhus Varberg	0	0	1	0	1	0	0	0	1
Sahlgrenska universitetssjukhuset	1	0	0	0	0	1	0	1	0
NU-sjukvården	0	1	0	0	0	1	0	0	1
Södra Älvsborgs sjukhus (SÅS)	1	0	0	0	0	1	0	1	0
Skaraborgs sjukhus	0	0	1	0	0	1	0	0	1
Centralsjukhuset Karlstad	0	1	0	0	0	1	0	0	1
Universitetssjukhuset Örebro	1	0	0	0	0	1	0	0	1
Västmanlands sjukhus Västerås	0	1	0	0	0	1	0	0	1
Falu lasarett	0	1	0	0	0	1	0	0	1
Gävle sjukhus	0	0	1	0	0	1	0	0	1
Hudiksvalls sjukhus	0	1	0	0	0	1	0	1	0
Länssjukhuset i Sundsvall	0	0	1	1	0	0	0	0	1
Östersunds sjukhus	0	1	0	0	0	1	0	1	0
Örnsköldsviks sjukhus	1	0	0	1	0	0	0	0	1

	Rapporterad brist på barnmorskor			Rapporterad brist på förlossningsläkare			Rapporterad brist på undersköterskor		
Norrlands universitetssjukhus	0	1	0	0	0	1	0	1	0
Gällivare sjukhus	0	0	1	0	0	1	0	0	1
Skellefteå lasarett	0	1	0	1	0	0	0	0	1
Sunderby sjukhus	0	1	0	0	1	0	0	0	1
Lycksele lasarett	0	1	0	1	0	0	0	0	1
Totalt	9	25	8	4	9	29	1	16	25

Tabell 2. Rapporterad personalbrist per storregion

Sammanställning av enkätsvar

Storregion	Antal sjukhus N	Rapporterad brist					
		Varje dag		Varje vecka		Mer sällan	
		n	(%)	n	(%)	N	(%)
Brist på barnmorskor							
Öst (Stockholm/ Gotland)	6	2	(33,3)	4	(66,7)	0	(0,0)
Mitt /Uppsala	9	2	(22,2)	6	(66,7)	1	(11,1)
Sydost	7	1	(14,3)	5	(71,4)	1	(14,3)
Syd	7	1	(14,3)	4	(57,1)	2	(28,6)
Väst	5	2	(40,0)	1	(20,0)	2	(40,0)
Norr	8	1	(12,5)	5	(62,5)	2	(25,0)
Totalt	42	9	(21,4)	25	(59,5)	8	(19,0)
Brist på förlossningsläkare							
Öst (Stockholm/ Gotland)	6	0	(0,0)	2	(33,3)	4	(66,7)
Mitt /Uppsala	9	0	(0,0)	1	(11,1)	8	(88,9)
Sydost	7	0	(0,0)	1	(14,3)	6	(85,7)
Syd	7	0	(0,0)	3	(42,9)	4	(57,1)
Väst	5	0	(0,0)	1	(20,0)	4	(80,0)
Norr	8	4	(50,0)	1	(12,5)	3	(37,5)
Totalt	42	4	(9,5)	9	(21,4)	29	(69,0)
Brist på undersköterskor							
Öst (Stockholm/ Gotland)	6	0	(0,0)	3	(50,0)	3	(50,0)
Mitt /Uppsala	9	1	(11,1)	3	(33,3)	5	(55,6)
Sydost	7	0	(0,0)	3	(42,9)	4	(57,1)
Syd	7	0	(0,0)	3	(42,9)	4	(57,1)
Väst	5	0	(0,0)	2	(40,0)	3	(60,0)
Norr	8	0	(0,0)	2	(25,0)	6	(75,0)
Totalt	42	1	(2,4)	16	(38,1)	25	(59,5)

Tabell 3. Rapporterad personalbrist per sjukhusstorlek, mätt som antal förlossningar per år

Sammanställning av enkätsvar

Antal förlossningar/ år	Antal sjuk- hus	Rapporterad brist					
		Varje dag		Varje vecka		Mer sällan	
	N	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Barnmorskor							
<1000	8	1	(12,5)	6	(75,0)	1	(12,5)
1000-1999	12	0	(0,0)	9	(75,0)	3	(25,0)
2000-2999	11	3	(27,3)	5	(45,5)	3	(27,3)
3000-4999	6	2	(33,3)	3	(50,0)	1	(16,7)
5000+	5	3	(60,0)	2	(40,0)	0	(0,0)
Totalt	42	9	(21,4)	25	(59,5)	8	(19,0)
Förlossningsläkare							
<1000	8	3	(37,5)	1	(12,5)	4	(50,0)
1000-1999	12	1	(8,3)	3	(25,0)	8	(66,7)
2000-2999	11	0	(0,0)	4	(36,4)	7	(63,6)
3000-4999	6	0	(0,0)	0	(0,0)	6	(100)
5000+	5	0	(0,0)	1	(20,0)	4	(80,0)
Totalt	42	4	(9,5)	9	(21,4)	29	(69,0)
Undersköterskor							
<1000	8	0	(0,0)	1	(12,5)	7	(87,5)
1000-1999	12	0	(0,0)	7	(58,3)	5	(41,7)
2000-2999	11	0	(0,0)	5	(45,5)	6	(54,5)
3000-4999	6	1	(16,7)	1	(16,7)	4	(66,7)
5000+	5	0	(0,0)	2	(40,0)	3	(60,0)
Totalt	42	1	(2,4)	16	(38,1)	25	(59,5)

Tabell 4. Summering av personalbrist per förlossningsklinik

	"Worst Case" poäng
Akademiska sjukhuset	1
Hallands sjukhus Halmstad	1
Karolinska universitetssjukhuset Solna	1
Lycksele lasarett	1
Länsjukhuset i Sundsvall	1
Sahlgrenska universitetssjukhuset	1
Skellefteå lasarett	1
Södersjukhuset	1
Södra Älvsborgs sjukhus (SÄS)	1
Universitetssjukhuset i Linköping	1
Universitetssjukhuset Örebro	1

	"Worst Case" poäng
Örnsköldsviks sjukhus	1
BB Stockholm	2
Blekingesjukhuset	2
Centrallasarettet Växjö	2
Centralsjukhuset Karlstad	2
Centralsjukhuset Kristianstad	2
Danderyds sjukhus	2
Falu lasarett	2
Hallands sjukhus Varberg	2
Hudiksvalls sjukhus	2
Höglandssjukhuset Eksjö	2
Lasarettet i Ystad	2
Länssjukhuset i Kalmar	2
Mälarsjukhuset	2
Norrlands universitetssjukhus	2
NU-sjukvården	2
Nyköpings lasarett	2
Skånes Universitetssjukhus	2
Sunderby sjukhus	2
Södertälje sjukhus	2
Visby lasarett	2
Vrinnevisjukhuset i Norrköping	2
Värnamo sjukhus	2
Västerviks sjukhus	2
Västmanlands sjukhus Västerås	2
Östersunds sjukhus	2
Gällivare sjukhus	3
Gävle sjukhus	3
Helsingborgs lasarett	3
Länssjukhuset Ryhov	3
Skaraborgs sjukhus	3

Tabell 5. Medicinskt utfall kopplat till rapporterad personalbrist, i tre kategorier

Rapporterad personalbrist, kategori	Antal fall n	%	95% konfidensintervall		Totalt i kategorin N
Akut CS (vaginalt startade)					
Brist varje dag ^A	4909	11,9	11,6	12,3	4 1123
Brist varje vecka ^B	6074	11,1	10,9	11,4	5 4531
Brist mer sällan ^C	918	9,5	8,9	10,1	9692
Alla vaginalt startade	11 901	11,3	11,1	11,5	10 5346

Rapporterad personalbrist, kategori	Antal fall n	%	95% konfidensintervall		Totalt i kategorin N
Sfinkterrupturer (vaginalförlösta)					
Brist varje dag	957	2,6	2,5	2,8	3 6214
Brist varje vecka	1167	2,4	2,3	2,5	4 8457
Brist mer sällan	179	2,0	1,7	2,3	8774
Alla vaginalförlösta	2303	2,5	2,4	2,6	9 3445
Apgar <7 (fullgångna barn)					
Brist varje dag	550	1,3	1,2	1,4	4 2123
Brist varje vecka	748	1,3	1,2	1,4	5 6300
Brist mer sällan	167	1,7	1,5	2,0	9754
Alla fullgångna	1465	1,4	1,3	1,4	10 8177
Perinatal död (fullgångna barn)					
Brist varje dag	80	0,2	0,1	0,2	42 123
Brist varje vecka	84	0,1	0,1	0,2	56 300
Brist mer sällan	15	0,2	0,1	0,2	9754
Alla fullgångna	179	0,2	0,1	0,2	10 8177

^A "Brist varje dag" betyder att det upplevts brist av någon personalkategori varje dag.

^B "Brist varje vecka" betyder att det upplevts brist av någon personalkategori varje dag, men inte varje dag.

^C "Brist mer sällan" betyder att det inte upplevts brist av någon personalkategori mer ofta än någon gång varje månad.